Хельмут Томэ
Хорст Кэхеле

Современный психоанализ

2

Практика

Helmut Thomä
Horst Kächele

Psychoanalytic Practice

2
Clinical Studies

With the Collaboration of
Stephan Ahrens, Andreas Bilger, Manfred Cierpka,
Walter Goudsmit, Roderich Hohage, Michael Hölzer,
Juan Pablo Jiménez, Lotte Köhler, Martin Löw-Beer, Robert Marten,
Joachim Scharfenberg, Rainer Schors, Wolfgang Steffens,
Imre Szecsödy, Brigitte Thomä, Angelika Wenzel

Springer-Verlag
Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo
Hong Kong Barcelona Budapest

Хельмут Томэ
Хорст Кэхеле

СОВРЕМЕННЫЙ ПСИХОАНАЛИЗ

2

Практика

Перевод с английского

Под общей редакцией
А.В.Казанской

 

Издательская группа «Прогресс» — «Литера»
Издательство Агентства «Яхтсмен»
Москва

ББК 56.14
Т 56

Перевод с английского
С. Аграчева, М. Аграчевой, М. Арутюнян, С. Васина, И. Кадырова, А. Казанской и Е. Щербаковой

Художник *В.А. Пузанков*

Редактор *Е.И. Солдаткина*

Томэ Х., Кэхеле Х.

Т56 Современный психоанализ. Т. 2. Практика: Пер. с англ./Общ. ред. А.В. Казанской. — М.: Издательская группа «Прогресс» — «Литера», Издательство Агентства «Яхтсмен», 1996. — 776 с.

Авторы двухтомника психоаналитической терапии, возглавляющие отделение психотерапии Ульмского университета (Германия), представляют читателю уникальный по широте охвата и глубине материал, обнимающий всю историю психоанализа и отражающий его современное состояние.

В первом томе — «Теория» — рассмотрены не только многочисленные ответвления психоанализа от «основного течения», но и так называемые классические психоаналитические представления, а также перспективы развития психоанализа как науки будущего. Книга поможет практикующим психотерапевтам гибко применять свою теоретическую подготовку на практике.

Второй том — «Практика» — своеобразное окно в психоаналитический кабинет, приоткрыть которое позволяют магнитофонные записи психоаналитических сеансов.

Двухтомник, переведенный почти на все европейские языки, уже стал классикой психоаналитической литературы.

Т $\frac{0303020000-033}{006(01)-96}$ без объявл. ББК 56.14

Die Herausgabe dieses Werkes wurde aus Mitteln von Inter Nationes, Bonn gefördert

Издано при финансовой поддержке фонда Интер Национес, Бонн
При участии фирмы «ОГУЗ»

Титул оригинального немецкого издания:
Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Band 2 Praxis

ISBN 3–540–16196–1/0–387–16196–1
ISBN 3–540–17515–6
Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York
ISBN 0–387–17515–6
Springer-Verlag New York Berlin Heidelberg
ISBN 5–01–004550–8
ISBN 5–01–004549–4 (общ.)

Из предисловия ко 2-му тому английского издания

Мы рады представить второй том нашей книги «Теория и практика психоанализа», которую мы озаглавили «Клинические исследования». Оба тома вместе выполняют задачи, которые обыкновенно ставятся перед учебниками по теории и практике. [...]

Первый том, названный «Принципы», вызвал большой интерес у профессиональной и непрофессиональной общественности, что повышает наши ожидания относительно клинической части. В конце концов, психоаналитические принципы должны показать свою ценность и эффективность в лечении, то есть помогать в достижении изменений симптоматики и стоящих за ней структур. Это видно по клиническим исследованиям, включенным в эту книгу. В процессе их подбора старший из авторов мог обратиться к своей долгой профессиональной карьере.

Мы намеренно дали возможность другим людям увидеть вблизи, как мы работаем, и следствием этого явилось еще более интенсивное общение с психоаналитиками и другими учеными разных стран. Такое сотрудничество обогатило содержание данного тома. Хотя в тексте это специально не отмечено, оба наших сотрудника из Ульма и коллеги из других мест сделали наброски отрывков, относящихся к случаям своей терапии, и предоставили нам решать, как их использовать. Несмотря на то что теоретически можно было бы приписать авторство тем, кто составил черновые варианты соответствующих разделов, наши соавторы согласились на то, что их имена не будут упоминаться в тексте, сделав этим вклад в наши усилия по подготовке однородной и единообразной книги.

Нашу особую благодарность за щедро предоставленные для этой книги знания мы хотели бы принести следующим психоаналитикам, не являющимся членами ульмской группы:

Стефану Аренсу (Гамбург), который обогатил наши знания о современном состоянии вопроса об алекситимии;

Вальтеру Гоудсмиту (Гронинген), который поделился своим многолетним опытом лечения делинквентов;

Лотте Кёлер (Мюнхен), которая рассмотрела наше мнение о контрпереносе с точки зрения Я-психологии (self-psychology);

Имре Секеди (Стокгольм), который описал и применил свою модель супервизии.

Мы убеждены в том, что междисциплинарное сотрудничество положительно влияет на клиническую работу, и это подтверждают многие фрагменты нашего текста, подготовленные с участием специалистов по другим дисциплинам.

Философский комментарий Мартина Лев-Беера (Франкфурт) расширил наше понимание «хорошего сеанса» (см. разд. 10.2).

Иоахим Шарфенберг (Киль) составил примечания с точки зрения теолога к тем диалогам, где аналитик сталкивался с религиозными проблемами (см. разд. 10.3.2), а лингвистические интерпретации Ангелики Венцель (Карлсруэ) показывают, какую пользу нашему клиническому пониманию может принести применение других методов к исследованию психоаналитических текстов (см. разд. 7.5.2).

Мы более чем просто лично благодарны им за их вклад, так как он показывает плодотворность междисциплинарного сотрудничества.

Особенно ценными были критические замечания многих наших коллег по поводу набросков различных глав и разделов рукописи. И хотя мы одни несем ответственность за представленный здесь текст, нашей глубокой благодарности заслуживают следующие коллеги:

Юрген Ашофф, Хельмут Баитш, Герман Беланд, Клаус Бишофф, Вернер Болебер, Хельга Броинингер, Марианне Бухгейм, Петер Бухгейм, Иоахим Данквардт, Альмут Зельшопп, Раймер Карстенс, Отто Ф. Кернберг, Иоахим П. Керц, Гизела Кланн-Делиус, Лизбет Клос-Ротманн, Рольф Клювер, Йоханнес Кремериус, Вольфганг Липп, Марианне Лойцингер-Болебер, Адольф Эрнст Майер, Эмма Мерш, Михаэль Ротманн, Ульрих Рюгер, Франц Рудольф Фабер, Хайнц Хензелер, Илька фон Цеппелин, Вальтер Шмиттнер, Эрих Шнайдер и Ульрих Эбальд.

Мы благодарны сотрудникам Отделения психотерапии Ульмского университета, постоянная поддержка которых позволила нам завершить рукопись в относительно короткое время. Мы также обязаны работникам издательства «Шпрингер», благодаря которым подготовка книги прошла столь гладко. [...]

И наконец, мы больше всего обязаны своим пациентам. В природе вещей то, что прогресс психоаналитической техники связан с межличностным процессом. На примерах, приведенных в этой книге, видно, какую важность мы придаем самокритичному сотрудничеству с пациентами. Мы надеемся, что описание нашего клинического опыта в этой книге принесет пользу пациентам и станет дальнейшим стимулом для терапевтов.

Ульм, май 1991

Хельмут Томэ, Хорст Кэхеле

Введение

Становление психоаналитика — это уникальный учебный процесс ознакомления с работами Фрейда и приобщения к теории и практике психоанализа. Необычайно труден он особенно для немецких психоаналитиков. Каждое новое поколение посвоему достигает профессиональной зрелости, но, к сожалению, независимость оно получает довольно поздно. И объясняется это как подавляющей фигурой Фрейда, так и своеобразием психоаналитического образования вообще (Thomä, 1991).

В первом томе нашей книги мы изложили свои теоретические позиции, руководствуясь балинтовской психологией двух и трех персон, которая уделяет особое внимание вкладу аналитика в терапевтический процесс. В силу особенностей наших биографий, а также из-за общих и специфически немецких проблем, которые мы также обсуждали в первом томе, мы преследовали наши научные цели медленно и неравномерно. Особенно это касается старшего автора, которому пришлось пройти долгий путь, прежде чем он пришел к своему теперешнему пониманию психоанализа, нашедшему отражение в этом двухтомнике. Критический обзор теории и практики психоанализа и попытка заглянуть в его будущее были им предприняты благодаря вдохновляющему влиянию Мертона Гилла.

У нас есть основания утверждать, что мы своим изданием подаем хороший пример по крайней мере в том отношении, что готовы предоставить в распоряжение психоаналитиков и других ученых психоаналитические диалоги — и мы действительно это делаем. Одним из следствий магнитофонной записи отчетов о терапии и транскрибирования сеансов является особая открытость терапевта критике коллег.

Долг врача хранить конфиденциальность требует от нас особой осторожности. Пытаясь решить проблемы, связанные с доступностью диалогов посторонней оценке, мы всемерно использовали те способы защиты анонимности пациента, которые предлагал Фрейд, и постарались пойти дальше, изменяя все, что может способствовать опознанию пациента. Однако даже при таком кодировании пациент все же может узнать самого себя, если вдруг станет читать эту книгу. Впрочем, описанному здесь

бывшему пациенту узнать себя будет не так уж легко. Особого рода отчуждение достигается в книге, во-первых, изменением внешних черт пациента и, во-вторых, односторонним его описанием, сведенным лишь к некоторым проблемам, о которых окружающие очень часто не знают. Это отчуждение играет нам на руку, если иметь в виду проблему конфиденциальности.

Кроме того, мы ссылаемся на биографические данные — которые «кодируем» в том смысле, что заменяем их аналогичными явлениями, — лишь тогда, когда они важны для понимания событий в терапии. Считать, что в анализе индивид проявляется целиком, — распространенная ошибка. На самом же деле в фокусе аналитического внимания — слабые места, проблемы и страдания. Другие стороны жизни индивида, свободные от конфликтов, игнорируются потому, что не представляют собой первичного объекта терапии. Эти пробелы хотя и искажают образ личности анализируемого, но все же такой односторонний и порой негативный образ пациента благоприятен с точки зрения большей анонимности.

Мы много думали о способах кодирования, но ни один из них не удовлетворил нас полностью. Если использовать кодовое имя, связанное с одной из характерных черт, то какому-то из аспектов будет придаваться особое значение. С другой стороны, мы не хотели обозначать пациентов цифрами. Поэтому решили использовать случайно выбранные имена как псевдонимы и обозначения X для женщин и Y для мужчин, заимствованные из терминологии хромосом, определяющих мужской и женский пол. Анатомические различия полов представляют собой наследственную биологическую основу жизненного пути мужчин и женщин, независимо от психосоциальных факторов, воспринятой сексуальной роли и чувства идентичности. Таким образом, наш код отражает взаимосвязь между уникальностью каждой индивидуальной жизни и биологической основой двух полов. Диморфизм в конечном счете является основой половой роли любого индивида, даже если пластичность человеческой психосексуальности доходит до желания переменить сексуальную роль, как в случаях транссексуализма. Мы надеемся, что читатели будут удовлетворены нашей системой кодирования, цель которой — облегчить использование индекса пациентов.

Этот том не был бы никогда написан, если бы наши пациенты не разрешали нам записывать терапевтические диалоги, оценивать их и публиковать в такой форме, которая препятствует их узнаванию. Согласие многих пациентов объясняется их надеждой на то, что подробное обсуждение аналитической техники принесет пользу другим пациентам. Некоторые пациенты прокомментировали относящиеся к ним разделы текста; им мы особенно благодарны.

Желание сотрудничать отражает благотворные перемены в социальном и культурном климате, которым во многом способствовал психоанализ. У Фрейда были веские основания предполагать, что пациенты, которых он лечил, «не сказали бы ничего, если бы им пришло в голову, что их признания могут быть использованы в научных целях» (Freud, 1905e, p. 8), однако в последние десятилетия многие пациенты показали нам, что это уже не так. Без сомнения, психоанализ проходит фазу демистификации. И если пациенты в автобиографиях рассказывают о своем анализе, а широкая публика с удовольствием глотает все, что первые анализируемые рассказывают о терапии Фрейда, то это отнюдь не просто совпадение. Объем посвященной этому литературы растет и показывает, что Фрейд, собственно, не был фрейдистом. Интеллектуальные и социальные условия за последние десятилетия так сильно изменились, что анализируемые — пациенты и будущие аналитики — в той или иной форме могут рассказывать о своей терапии. «Противоположная сторона», таким образом, наконец может высказаться. Слишком просто было бы для нас, психоаналитиков, счесть подобные фрагменты биографий, очень разные по своим литературным качествам, результатом непроработанного негативного переноса или же эксгибиционизмом и нарциссизмом.

Бóльшая часть возражений против использования магнитофонных записей и оценки транскриптов исходит не от пациентов, а от аналитиков. То, что исследования в психоанализе должны уделять особое внимание вкладу терапевта в ход и результаты лечения, сейчас уже всем очевидно. Стресс, связанный с клиническими и научными дискуссиями, отражается в большей мере не на анонимном пациенте, а на аналитике, имя которого в профессиональных кругах нельзя засекретить.

Однако такие личностно обусловленные возражения не могут изменить того факта, что вышеупомянутые перемены облегчают нынешнему поколению аналитиков выполнение их обязательств как перед пациентами, так и в том, что касается исследовательской работы. Согласно Фрейду, всем пациентам должны принести пользу просвещение и научно обоснованные обобщения:

> Таким образом, долгом ученого становится публиковать все, что, как ему кажется, он знает о причинах и структуре истерии, и пренебрежение этим оказывается весьма неблаговидной боязливостью, если он при этом может прямым образом лично не задеть того единственного пациента, которого это касается (Freud, 1905e, p. 8).

В данном контексте под «лично задеть» нужно понимать тот вред, который может быть нанесен огрехами кодирования конфиденциального материала.

Медицинская конфиденциальность и кодирование часто не позволяли нам давать точных сведений из истории болезни. Тем не менее читатели смогут увидеть, что большинство наших пациентов страдали тяжелой хронической симптоматикой и что мы выбрали эти случаи из широкого спектра им подобных. Соматические симптомы часто сопровождают проявление психического страдания. Мы приводим много примеров психоанализа пациентов с психосоматическими заболеваниями и полагаем, что убедительно показали значимость психических факторов для этиологии.

За последние десятилетия старший из авторов во многом изменил свою практическую работу в результате критической переоценки своего психоаналитического мышления. В книгу включены истории болезней и психотерапевтические отчеты за более чем тридцатилетний период. Во многих случаях нам удалось проверить эффективность психоанализа в долговременных исследованиях.

В одном из своих афоризмов Виттгенштейн (1984, р. 149) подчеркивает значение примеров. Он пишет приблизительно следующее: правил недостаточно, чтобы определить практику; примеры тоже нужны. У наших правил открыты «задние двери», и практика должна говорить сама за себя.

Психоаналитическая практика многолика, и мы попытались показать это на типичных примерах. Подробная раскадровка крупным планом иллюстрирует сдвиги фокуса внимания в диалогах, а взгляд как бы с птичьего полета необходим для обзора долговременной терапии. Теоретические рамки нужны для ориентировки, позволяющей увидеть явления, услышать слова, прочесть тексты и понять взаимосвязи между человеческими ощущениями и мыслями. Более развернуто мы изложили свои теоретические модели в первом томе. В меньших масштабах мы даем читателю теоретическую информацию в подразделах «Примечания» и «Комментарии», которые вкраплены в диалоги. Эти отрывки отражают другую степень дистанцированности от вербального взаимообмена и помогают понять фокус соответствующего диалога. В этом отношении важно, что примечания даются с точки зрения лечащего аналитика, а комментарии передают нашу, более отдаленную точку зрения. Так как во многих из представленных здесь случаев терапевтами были авторы этой книги, примечания и комментарии могут на самом деле принадлежать одному лицу, хотя и на различной временно́й и пространственной дистанции от данного момента терапевтической ситуации. Особенно это верно в отношении старшего из авторов в роли комментатора собственной клинической работы в течение долгого времени.

На другом уровне абстракции мы обращаемся к психоаналитическим теориям этиологии — общим и частным. Они включены в этот том для облегчения классификации примеров. Эти дополнительные теоретические комментарии, а также тот широкий диагностический спектр, из которого мы выбирали типичные случаи, объясняют объемность второго тома.

Как руководство для читателя мы хотели бы добавить, что названия глав, за исключением первой, девятой и десятой, в обоих томах одинаковы. Теоретический и практический тома организованы так, что в первом томе мы систематически излагаем теорию в тех же главах и разделах, в которых здесь обсуждаем терапию и технические вопросы. Параллельная структура помогает переключаться с одного тома на другой, чтобы обдумать и практические и теоретические аспекты. Например, случай больной с хронической анорексией, иллюстрирующий терапевтическую работу с сопротивлением идентичности, дан в разделе 4.6, а теоретическое обсуждение сопротивления идентичности — в разделе 4.6 первого тома.

Однако решение опубликовать двухтомник так, чтобы книга по клинической практике повторяла организационную структуру первого тома, имеет и свои недостатки, связанные с тем, что обсуждение явлений, в клинической практике рядоположенных, распадается на части. Перенос и сопротивление, например, часто быстро сменяют друг друга и взаимосвязаны. Тем не менее необходимо идентифицировать объект, то есть назвать его по имени, прежде чем обсуждать. В первом томе мы проясняем проблемы теоретически и концептуально; здесь же даем примеры той или иной формы переноса или сопротивления. Мелкое дробление каждой главы дает организационную рамку, а по индексу пациентов, содержащему наименования соответствующих подразделов, легко установить взаимосвязи между разными явлениями, описываемыми в тексте.

Мы выбрали типичные примеры из психоанализа 37 пациентов — 20 мужчин и 17 женщин. Вслед за этим предисловием помещен список закодированных имен, которыми мы наделили наших пациентов. Тема и номера разделов, набранные курсивом, относятся к разделам текста, где дается информация по общим вопросам, касающимся течения и лечения болезни пациента. В этой книге зафиксированы терапевтические процессы 14 пациентов. В других случаях ход лечения непосредственно не описывается и читатель может сам восстановить некоторые аспекты. Представление этих случаев служит прежде всего объяснению важных аналитических понятий.

Мы даем информацию о частоте сеансов, длительности лечения и его условиях, если это имеет особое значение и при обсуждении тем, связанных с началом и завершением терапии.

В диалогах и комментариях, сделанных с точки зрения аналитика, проводящего лечение, «я» — относится к аналитику. Конечно, на самом деле это «я» не всегда обозначает одного и того же аналитика. В других случаях мы говорим об аналитиках и терапевтах вообще.

Мы пользуемся терминами «анализ», «психоанализ» и «терапия» как синонимами. Многие из наших пациентов не отличали терапии от анализа, а некоторые и дальше сохраняют свою наивность в этом отношении. В первом томе мы обсуждали эти различия с общей точки зрения, как они определены допущениями и правилами психоаналитической теории. Дело здесь в том, как установить те линии, которым следуют различные виды психоаналитической терапии, имея в виду работу Фрейда «Линии продвижения психоаналитической терапии» (1919а).

В этой книге мы употребляем слова и местоимения мужского рода, обсуждая общие вопросы, хотя, конечно, мы адресуем наши комментарии пациентам и психоаналитикам обоих полов. Мы говорим о первых как о страдающих личностях и о вторых — как о людях, которые в силу своей профессиональной компетенции существенно облегчают страдания пациентов и исцеляют их.

Индекс пациентов

Во введении мы обсуждали главные принципы кодирования конфиденциального материала. Ниже предлагаем читателю подборки разделов книги, относящиеся к каждому из пациентов (их имена закодированы). Ссылки на разделы, содержащие выводы или информацию о происхождении болезни, напечатаны курсивом. Последовательное чтение соответствующих разделов поможет понять курс лечения того или иного пациента.

Амалия X

2.4.2 Идентификация с функциями аналитика
7.2 Свободные ассоциации
7.7 Анонимность и естественность
7.8.1 Примеры
9.11.2 Изменения

Беатрис X

8.3 Интерпретации
9.2 Истерия тревоги

Вероника X

3.7 Проективная идентификация

Генриетта X

9.5 Нервная анорексия

Гертруда X

2.2.4 Эротизированный перенос

Доротея X

8.5.5 Обычные ошибки
9.4 Депрессия

Ингрид X

8.4 «Отыгрывание вовне»

Клара X

2.2.5 Негативный перенос
4.6 Сопротивление и принцип безопасности
7.5.1 Психоаналитические аспекты
8.1.2 Воспоминание и удержание
8.5.3 Расщепление переноса
8.6 Перерывы

Кэте X

2.3.2 Зависть к брату

Линда X

3.4.2 Агрессивный контрперенос

Мария X

4.4 Стагнация и решение поменять аналитика

Нора X

4.1 Отказ от чувств

Роза X

3.4.1 Эротизированный контрперенос

Сусанна X

6.2.1 Социальный класс

Урсула X

8.1.3 «Юбилейные реакции»

Франциска X

2.2.2 Сильный позитивный перенос
7.2 Свободные ассоциации
7.8.1 Примеры

Эрна X

2.1.1 Стимулирование помогающего альянса
2.2.1 Мягкий позитивный перенос
7.4 Вопросы и ответы
7.5.1 Психоаналитические аспекты
7.7 Анонимность и естественность

Артур Y

2.1.3 Общая почва и независимость
2.2.3 Желание слиться
3.5 Ирония
3.6 Нарциссическое отражение и Я-объект
4.5 Близость и гомосексуальность
6.4 Оплата третьей стороной
6.5 Наблюдение и перенос
7.1 Диалог
7.4 Вопросы и ответы
7.5.2 Лингвистические интерпретации
7.8.1 Примеры
8.1.1 Расписание приемов
8.2 Жизнь, болезнь и время: реконструкция трех историй
8.5.2 Отрицание кастрационной тревоги
10.1 Консультация
10.2 Теоретические замечания о «хорошем сеансе»
10.3.1 Образ Бога как проекция

Бернард Y

9.6 Нейродермит

Виктор Y

6.2.1 Социальный класс

Генрих Y

7.8.1 Примеры
8.5.4 Материнская фиксация

Густав Y

4.2 Псевдоавтономия
7.5.1 Психоаналитические аспекты

Даниель Y

2.1.2 Поддержка и интерпретация

Игнац Y

3.1 Конкордантный контрперенос
7.3 Равномерно распределенное внимание

Йоганн Y

3.7 Проективная идентификация

Кристиан Y

4.3 Неудовольствие как сопротивление Оно
7.2 Свободные ассоциации
9.3 Невроз тревоги
9.3.1 Сепарационная тревога
9.3.2 Фаза окончания анализа
9.3.3 Самооценка и поддержка

Курт Y

7.8.1 Примеры
9.11.3 Расставание (сепарация)

Людвиг Y

6.1 Начальное интервью

Мартин Y

6.3 Семья пациента

Норберт Y

7.6 Свобода ценностей и нейтральность

Отто Y

6.2.3 Подростковый период

Питер Y

8.5.1 Повторение травмы

Рудольф Y

7.8.1 Примеры

Саймон Y

6.2.2 Делинквентность

Теодор Y

8.4 «Отыгрывание вовне»

Фридрих Y

2.3.1 Вторичное открытие отца
9.11.1 Ретроспекция пациентов

Эрих Y

3.2 Комплементарный контрперенос
3.3 Ретроспективная атрибуция и фантазирование

5.1.1 Дисморфофобия и спастическая ревматическая боль в шейных мускулах (torticollis)
5.2 Серия сновидений
5.3 Сновидение о симптоме
5.4 Размышления о психогенезе

1 Описание клинических случаев и сообщения о ходе лечения

Введение

Кризис психоаналитической теории, который является основной темой первой главы предшествующего тома, посвященного принципам психоаналитической терапии, неизбежно должен был отразиться и на развитии психоаналитической техники. Кроме того, последние десять лет с очевидностью показали, что развитие психоаналитической терапии на основе теорий межличностных отношений повлекло за собой переоценку многих положений, касающихся психоаналитической практики. Важно разграничить, с одной стороны, теорию патогенеза, то есть объяснение причин возникновения психических и психосоматических расстройств, и, с другой стороны, теорию терапевтического воздействия, объясняющую, как происходит лечение. Конечно, при этом все предположения относительно структурных изменений будут зависеть от того, как оцениваются изменения симптоматики.

Название этой главы, «Описание клинических случаев и сообщения о ходе лечения», отражает несоответствие между фрейдовской теорией патогенеза и его же объяснением изменений, наступающих в результате терапевтических воздействий. В первом разделе данной главы мы заново рассматриваем этот подход и приходим к выводу, что Фрейд в своих описаниях клинических случаев не дал адекватного научного объяснения этой двойственности. Необходимо переформулировать его знаменитое утверждение о том, что между лечением и исследованием существует неразделимая связь. Новым и многообещающим обоснованием для психоаналитической терапии явилось бы, на наш взгляд, серьезное отношение к теории повторной травматизации, которая тесно связана со структурированием терапевтической ситуации.

Если мы попытаемся воспользоваться научными критериями для описания клинических случаев и хода лечения, то возникнет необходимость экспериментировать с различными схемами составления отчета о нашей работе. В течение примерно тридцати

лет мы, как и многие другие аналитики, стремились воспроизвести психоаналитические диалоги как можно точнее. В разделах 2 и 3 мы упоминаем об основных стадиях подготовки клинического сообщения. В последующих главах раскрываем эту тему более подробно на соответствующих примерах. Использование магнитофона знаменует собой новую ступень в нашей работе, так как обеспечивает доступ третьих лиц к достоверным записям разговоров между пациентом и аналитиком. Это техническое средство важно для обучения и исследовательской работы, и в разделе 4 мы знакомим читателей с полемикой по этому вопросу, которая продолжается уже долгое время и которую, как мы надеемся, помогут завершить примеры, приводимые в разделе 7.8.

1.1 Назад к Фрейду и путь в будущее

Описания случаев, приводимых Фрейдом, часто играют роль введений к его работам. Джонс подчеркивает, что случай Доры — первый в серии клинических иллюстраций, последовавшей за его «Исследованиями истерии», —

> в течение многих лет служил моделью для изучающих психоанализ, и, хотя с того времени наши знания существенно обогатились, читать этот материал сегодня так же интересно, как и тогда. Это была первая из работ Фрейда постневрологического периода, которая попала ко мне в руки сразу после ее публикации, и я хорошо помню то глубокое впечатление, которое произвели на меня интуиция автора и его глубокое внимание к деталям. Он не только внимательно вслушивался в каждое слово, сказанное пациенткой, но и считал все ее высказывания ничуть не менее определенными и взаимосвязанными, чем явления материального мира (Jones, 1954, p. 288).

Приведенные слова заслуживают еще большего внимания в свете того, что именно на этом примере Эриксон (Erikson, 1962) продемонстрировал наличие существенных изъянов в понимании Фрейдом этиологии и терапии неврозов (см. т. 1, разд. 8.6). Статья, которую он представил в Американскую психоаналитическую ассоциацию, содержала критику фрейдовского понимания этиологии клинических случаев и его техники, как она описана им в сообщениях о ходе лечения. Оценивая все увеличивающийся поток публикаций с критикой подобного рода, Арлоу (Arlow, 1982, p. 14) выразил озабоченность тем, что они обращены к реалиям прошлого. По его мнению, нам лучше просто попрощаться с этими «друзьями детства», которые в свое время сослужили нам такую хорошую службу, оставить их в покое и вернуться к работе.

То, что Анна О., маленький Ганс, Дора, президент Шребер, Человек-Крыса и Человек-Волк стали друзьями нашего детства, и то, как это произошло, действительно очень важно. Не менее важно также знать условия, при которых возникла дружба с каждым из них. Связующим звеном между нами и этими друзьями являются институты, готовящие психоаналитиков. Таким образом они знакомят своих студентов с работой Фрейда как терапевта, ученого и писателя.

Во время работы над учебником мы вернулись к друзьям нашего собственного детства и детально изучили несколько случаев, подробно описанных Фрейдом. Хотя, перечитывая эти описания, в них можно обнаружить новые для себя вещи, однако с точки зрения герменевтики у нас все же есть оговорки по поводу призыва Лакана (Lacan, 1975, p. 39) «вернуться к Фрейду». Как и Лапланш (Laplanche, 1989, p. 16), мы «предпочитаем говорить о перечитывании Фрейда, так как невозможно вернуться к Фрейду, не проработав его труды, не сделав его объектом своей работы». В процессе этого пересмотра наша новая встреча со старыми друзьями не может быть точно такой же, как тогда, когда мы впервые с восторгом знакомились с Катариной или маленьким Гансом. Раньше мы всегда рассматривали клинические случаи Фрейда несколько иначе, чем теперь, и, к сожалению, обращали слишком мало внимания на то, как сам Фрейд понимал написанное им. Можно сказать, что любовь к психоанализу нам привил не один Фрейд, но также и другие духовные отцы, которые требовали от нас поддержки их взглядов. На кого же тогда мы могли бы возложить свои надежды, кому мы могли бы довериться в нашем возвращении к Фрейду, чтобы добиться возрождения прежних идей и указать путь в будущее, которое предвидят Арлоу и Бреннер (Arlow, Brenner, 1988), а также Михельс (Michels, 1988) в своих предложениях по улучшению системы психоаналитического обучения?

Видя необъятность задачи по определению того, что уходит в прошлое, нельзя положиться на одного человека, даже если это фигура масштаба Рапапорта, который отважился (Rapaport, 1960) оценить примерный срок существования основных психоаналитических понятий. К какому посреднику мы должны обратиться в попытках справиться с этой герменевтической задачей? Этимологически имя Гермеса не дает нам объяснения понятия герменевтики, но, будучи посланником богов и посредником между ними и смертными, он неизбежно оказывался в гуще мирских дел, а в них всегда преследуются собственные интересы. То же самое происходит и с теми интерпретаторами, которые пытаются отдать должное работе Фрейда, не забывая при этом о своих интересах. Практикующие психоаналитики — не единственные, кто живет за счет наследства Фрейда; то же

можно сказать и о многих авторах, для которых критика этого наследства — нечто вроде спортплощадки.

Если аналитик вырабатывает свой собственный подход к психоанализу, то можно ли это назвать особой формой перевода? Сомнения на этот счет распространились после того, как Брандт (Brandt, 1977) применил итальянский каламбур «переводчик — это предатель» («traduttore — traditore») к полному собранию сочинений Фрейда на английском языке («Стандартное издание») и таким образом превратил переводчика этого издания Стрэчи в предателя; а также после выхода в свет полемически заостренной книги Беттельхейма (Bettelheim, 1982). После критики перевода Стрэчи Беттельхеймом (Bettelheim, 1982), Брандтом (Brandt, 1961, 1972, 1977), Бруллом (Brull, 1975), Орнстоном (Ornston, 1982, 1985a,b), Махони (Mahoney, 1987), Юнкером (Yunker, 1987) и Пайнсом (Pines, 1985) сложность ситуации, в которой оказались англо-американские психоаналитики, полагавшиеся на «Стандартное издание» Фрейда, ничто не могло отразить ярче, чем иронический заголовок статьи Вильсона (Wilson, 1987): «Правда ли, что Фрейда придумал Стрэчи?» Ответ на этот вопрос очевиден (см.: Tomä, Cheshire, 1991).

Неоправданная и чрезмерно резкая критика замечательного достижения Стрэчи в последние годы увела дискуссию в сторону и отвлекла всеобщее внимание от истинных причин кризиса психоанализа. Поэтому попытки разрешить этот кризис, якобы вызванный английским текстом «Стандартного издания», с помощью нового перевода являются более чем наивными. Если не считать того, что многие авторы справедливо указали на ряд ошибок и искажений текста, допущенных Стрэчи, критика в адрес «Стандартного издания», по существу, затрагивает проблему, относящуюся к герменевтике, а именно: исказил ли перевод Стрэчи смысл текста как такового? В этой связи довольно несложно продемонстрировать ошибки перевода, искажающие смысл оригинала. Тем не менее на этом пути мы сталкиваемся с трудностями более принципиального характера, и к тому же выходящими за рамки вопроса о работах Фрейда, поскольку герменевтика, то есть наука о толковании текстов, не имеет незыблемых правил, которые послужили бы для нас столь же надежной опорой, как страховочная веревка в руках у альпиниста, карабкающегося по крутой горной тропе. Следуя Шлейермахеру (Schleiermacher, 1977, p. 94), мы допускаем, что читатель вполне может отождествить себя с автором текста и объективно и субъективно. Такое отождествление является одним из необходимых условий для того, чтобы получить возможность истолковать текст и, в конце концов, понять суть дела даже лучше, чем сам автор (см.: Hirsch, 1976, pp. 37 ff.). Согласно Шлейермахеру, задачу подобного рода можно обрисовать следующи-

ми словами: «Понять высказывание автора сначала так же хорошо, как и он сам, а затем еще лучше». Каждое прочтение расширяет наш багаж знаний и дает нам возможность для лучшего понимания. Исходя из этого, Шлейермахер продолжает: «Только имея дело с несущественными вещами, мы можем удовлетвориться тем, что поняли сразу» (p. 35).

Когда мы читаем сообщения Фрейда о ходе лечения его пациентов, мы естественным образом используем наш собственный опыт в качестве точки отсчета и со временем приобретаем все большую уверенность в том, что понимаем предмет обсуждения лучше, чем сам основатель психоанализа. Рост наших знаний в этой области — в данном случае в области психоаналитической техники — является следствием нескольких факторов. Один из них заключается в том, что критическое обсуждение сообщений Фрейда о лечении пациентов создало определенную дистанцию между нами и этими текстами, так что теперь мы можем смотреть на этих «друзей детства» другими глазами, чем когда мы впервые знакомились с ними. Еще одно обстоятельство, помогающее нам приобрести собственный опыт, состоит в том, что творчески мыслящие психоаналитики открыли иные, новые аспекты этой проблематики, что повлекло за собой изменения в терапии и теории.

Отдавая должное многим психоаналитикам и другим интерпретаторам Фрейда, к которым прониклись чувством глубокой благодарности в процессе изучения его трудов, мы все же предлагаем читателям встать на нашу точку зрения, базирующуюся на практике. Это двухтомное руководство мы писали в надежде, что наши длительные попытки рассмотреть основания психоаналитической теории и условия эффективности соответствующей терапии увенчались первым успехом — нам удалось выработать определенную точку зрения на эту проблематику. Мы многое поставили на карту в своем стремлении понять суть современного кризиса психоанализа, основываясь на работах Фрейда и на том, какой след они оставили в психоаналитическом движении и в истории культуры в целом. Мы колебались долгое время, прежде чем решились выразить наши мысли в сжатом виде, в ограниченном количестве фраз, так как отдаем себе отчет в возможных отдаленных последствиях этого. Основополагающая мысль Фрейда заключается в провозглашении *неразрывной связи* между методами интерпретации, которые он разработал для лечения пациентов, и каузальными объяснениями, то есть исследованием патогенеза психических и психосоматических заболеваний. Однако если для подтверждения каузальных связей требуется, чтобы на полученные от пациента данные не влияло возможное внушение со стороны терапевта, то тогда проведение терапии исключает возможность научного подхода. С дру-

гой стороны, если аналитик верит в то, что он может полностью *воздержаться* от какого бы то ни было влияния и получить достоверные результаты при помощи одних только интерпретаций (так как необходимо исключить влияние экспериментатора на испытуемого), то он обрекает на неудачу терапевтический процесс, не приближаясь при этом к теоретическому объяснению происходящего. Очевидно, что интерпретации аналитика оказывают непосредственное влияние на пациента, даже если самому аналитику кажется, что они предназначены исключительно для бессознательного и более никаким целям не служат. Думать так означает заниматься самообманом, ибо подобное невозможно. В результате вместо того чтобы исключить манипуляцию пациентом, такая тактика открывает дверь скрытым манипуляциям.

Таким образом, фрейдовская концепция «неразрывной связи» содержит в себе дилемму, которая осталась почти незамеченной, так как предполагалось, что строгое следование правилам психоанализа служит целям терапии и науки в равной степени. В течение десятилетий магическое воздействие этого постулата все расставляло по своим местам и, как казалось, одним махом разрешало все терапевтические и научные проблемы психоанализа. Лишь недавно стало ясно, как много методологических проблем необходимо решить, чтобы осуществить на практике кредо Фрейда. Ведь оно подразумевает, что терапевтическая эффективность, то есть достижение позитивных изменений в симптоматике и структуре личности пациента, и правильность объяснительных гипотез — это две стороны одной монеты, монеты из чистого золота психоаналитического метода без примеси *прямого* внушения. Но, конечно, неизбежное и неустранимое непрямое влияние аналитика на пациента представляет собой серьезную научную и терапевтическую проблему.

Противопоставив друг другу *описание случая* и *сообщение о ходе лечения*, можно показать, что научно строгое реконструирование патогенеза психических и психосоматических заболеваний в описаниях случаев должно соответствовать критериям, которые отличаются от критериев, относящихся к процессу лечения: смысл последних заключается в том, чтобы дать обоснование теории терапии и указать путь к лечению. В разделе 10.5 первого тома мы описали некоторые последствия ослабления «неразрывной связи» терапии и науки и освобождения аналитика от чрезмерных требований этого лозунга. И потому позволим себе вновь процитировать фразу, завершающую первый том этого издания: «Фрейдовская теория психоаналитической техники требует, чтобы аналитик проводил различие между следующими понятиями: излечение, разработка новых гипотез, проверка гипотез, правильность объяснений и практическая ценность знания».

В нашем отношении к терапевтическим теориям и их проверке мы полностью солидарны с мнением Лоренцера:

Смысл психоаналитического понимания заключается в том, чтобы *добиться облегчения страданий пациента;* психоаналитическая теория служит для концептуализации этих страданий и реакций пациента на них. Таким образом, психоанализ представляет собой теорию терапевтического подхода к страданию (Lorenzer, 1986, p. 17; курсив наш).

Один из аспектов определения психоанализа, данного Лоренцером, — это важность обладания методами, пригодными для оценки происходящих изменений. Соответствующие исследования являются частью теории терапии, но эта теория ставит не те же самые вопросы, что теория, описывающая этиологию психических и психосоматических заболеваний.

Изучение литературных источников убеждает нас в том, что Фрейд всю свою жизнь пытался разрешить эту дилемму, не разрешенную и по сей день. В его работах остается еще много скрытого от нас, и с каждым новым прочтением их мы узнаем что-то новое для себя. Однако нам кажется, что руководящие принципы, введенные им самим для того, чтобы выполнить условие «неразделимой связи», совершенно не соответствуют критериям исследований, проводимых с целью проверки гипотез. На протяжении десятилетий под защитой авторитета Фрейда практикующие психоаналитики шли по пути, который вел к застою и не давал раскрыться терапевтическому и научному потенциалу, заложенному в психоаналитическом методе. Крайне неудачным при этом оказалось то, что объяснительные теории были привязаны к метапсихологии. Это привело к возникновению множества псевдонаучных построений, затруднило изучение каузальных связей и помешало попыткам решить проблемы, связанные с объяснительной теорией психоанализа. Исследование причинности не может заключаться в использовании метапсихологической терминологии для описания клинических феноменов. Грюнбаум дал убедительное объяснение того, что изучение причинных связей, обусловливающих возникновение психических и психосоматических заболеваний, никак не связано с метапсихологическими категориями. Фара и Кандо (Fara, Cundo, 1983, pp. 54—55) в своем блистательном исследовании показали, что любая из работ Фрейда представляет собой соединение различных подходов, хотя конкретная комбинация метапсихологических моделей и характер интерпретации нигде не повторяются.

В первом томе этого руководства мы показали, что материалистический монизм Фрейда, предопределивший черты его метапсихологии, в дальнейшем послужил, вероятно, причиной многих ошибок и недоразумений. Тем не менее Хабермас, утверж-

дая, что Фрейд пал жертвой «сциентистского самозаблуждения», не только ошибочно оценивает значение исследований причинности в психоанализе вследствие того, что неоправданно связывает подобные исследования с метапсихологией, но и создает для терапии препятствие, которое еще больше усугубил Лоренцер (что мы подробно описали в другом месте (Thomä et al., 1976)). Эти влиятельные в научном мире исследователи влили, так сказать, старое вино в новые мехи, снабдив их этикетками, которые впечатляют только потому, что на них новые названия. Старые метапсихологические взгляды смогли не только уцелеть под названием *метагерменевтики*, или *глубинной герменевтики*, но и оказались в состоянии впервые в истории психоанализа повлиять на практику в целом, так как были впрямую связаны с процессом интерпретации. Похоже, что ни Хабермас, ни Лоренцер не осознали, что значительная часть метапсихологических текстов Фрейда обязана своим появлением на свет тому, что Фрейд «психологизировал» «нейрофизиологические гипотезы» того времени, как сказал Бартелс (Bartels, 1976).

Тем не менее понятно, что не все случаи «непонимания самого себя» однотипны. В разных случаях это непонимание имеет разные причины. Фрейд не мог с достаточной четкостью представить себе многих последствий терапевтического и научного применения своего метода. В этом смысле его постигла та же судьба, что и всех других первооткрывателей и выдающихся мыслителей в истории: позднейшие исследователи всегда понимали некоторые стороны их учений лучше, чем сами основатели и основоположники. Насколько мы можем судить по имеющейся литературе, в ней не содержится убедительных аргументов в поддержку тезиса о сциентистском непонимании самого себя. Хабермасу самому приходится допустить, что аналитик основывает свои интерпретации на *объяснительных теориях*. Ошибка Фрейда заключается не в том, что он верил в причинность, а в том, что выводил эту причинность из психофизиологии «психической энергии».

Как будет сказано во введении ко второй главе, важно проводить психоаналитические исследования с учетом перспектив социальных наук. Такой подход дает психоанализу научное обоснование более глубокого уровня, нежели уровень противоречия между искусством толкования и объяснением. В любом случае мы относим себя к тем герменевтикам, кто убежден в том, что их интерпретации должны обосновываться. Мы говорим о чисто герменевтическом подходе, дабы подчеркнуть, что искусство психоаналитических интерпретаций многим обязано системе обоснований, необходимо связанных также и с вопросом о каузальных связях. Хирш (Hirsch, 1967, 1976), чье понимание герменевтики несет на себе печать трезвого прагматизма,

придерживается того же мнения. Удивительно, что его исследования не привлекли почти никакого внимания со стороны англо-американских психоаналитиков, придерживающихся герменевтического подхода, и не вызвали резонанса в литературе. Рубовиц-Зайц (Rubovitz-Seitz, 1986) недавно впервые подчеркнул, что подход Хирша к герменевтике предъявляет строгие требования к обоснованию интерпретаций.

В общем и целом можно сказать, что, разорвав эту «неразрывную связь», мы не только приносим пользу исследователям, но и содействуем обновлению психоаналитической практики. Одним из непрямых следствий социально-психологического понимания психоаналитической ситуации является открытие новых аспектов переноса и контрпереноса. Таким образом, прояснение подобного рода различий не только имеет существенное значение для исследований, проводимых с целью проверки гипотез, важность которых в наше время все более возрастает, но и успешно готовит почву для новых открытий и новых гипотез. Утверждение Фрейда о существовании неразрывной связи исследования и терапии принадлежит к тому времени, когда талантливому аналитику почти каждый его случай давал возможность понять что-то новое в закономерностях психических процессов. В наше время намного труднее открыть нечто по-настоящему новое, да еще и сформулировать это согласно требованиям, предъявляемым к *верификации гипотез.*

Чтобы фрейдовская парадигма в своем развитии вошла в стадию обыкновенной науки, требуются объединенные усилия специалистов в разных областях. Хотя мы, конечно же, не можем ожидать от философов решения наших эмпирических проблем, у нас нет сомнений в том, что изучение философами пространных психоаналитических диалогов принесло бы больше пользы, чем их эпистемологическая критика трудов Фрейда. Не вдаваясь в рассуждения о важности рефлексии в терапии, мы можем сказать, что, если бы Хабермас изучил несколько текстов сеансов, записанных на пленку, он вряд ли счел бы, что психоанализ представляет собой чисто рефлексивную науку. Со своей стороны Рикёр в этом случае мог бы заметить, что психоаналитики тоже наблюдают за происходящим. Наконец, Грюнбаум уверился бы в том, что они и вправду стремятся выявить связи, имеющие причинный характер. Может быть, он даже обнаружил бы, что теперешние психоаналитики более осторожны, чем в свое время Фрейд, в утверждениях о том, что они вскрыли причины симптомов, относящиеся к прошлому пациентов, но все еще активно воздействующие на них из подсознания. С другой стороны, мы не можем разделить мнения Грюнбаума о том, что влияние аналитика на пациента вносит в получаемые результаты погрешность, которую невозможно выявить.

Например, в психоаналитических диалогах, представленных в этом томе, можно различить различную степень внушения. Хотя действительно до сих пор остается невыполненным требование Меела (Meehl, 1983) о том, чтобы весь диапазон средств воздействия на пациента, начиная с убеждения и кончая манипулированием, был точно зафиксирован. Элементы внушения в психоаналитической технике интерпретации сами по себе становятся объектом совместного рассмотрения аналитика и пациента с целью устранения зависимости одного от другого. Удивительно, что сам Грюнбаум в своем эпистемиологическом исследовании (Grünbaum, 1985) не нашел столь полезного применения понятию плацебо. Он показал, что при лечении того или иного исследуемого симптома принцип разделения факторов на *сущностные* и *случайные* зависит от выбора теории терапии. Не желая вновь вступать в дискуссию по поводу неспецифических и специфических, или общих и специфических факторов, которая представлена в первом томе (глава 8), мы все же хотим отметить, что Страпп (Strupp, 1973, p. 35) и Томэ (Thomä, 1981, p. 35) показали, что сила терапевтического воздействия, имевшего место в конкретной ситуации, зависит от самой этой ситуации. Таким образом, можно сказать, что создание надежной и обоснованной клинической классификации сущностных и случайных факторов — задача трудная, но не безнадежная. Наконец, мы надеемся, что изучение клинических диалогов, представленных в этом томе, поможет участникам эпистемиологической дискуссии спуститься с заоблачных высот.

Фрейд (Freud, 1933a, p. 151) говорил, что терапевтическая практика — *колыбель* психоанализа. Она является источником методов толкования, которые, в противоположность применению герменевтики в теологии и гуманитарных науках (Szondi, 1975), служат для систематического исследования бессознательной психической жизни пациентов, которые приходят к аналитикам в надежде *избавиться* от страданий. Наличие этой терапевтической цели существенным образом отличает психоаналитическую герменевтику от других герменевтических дисциплин. Как правило, интерпретация не может повредить произведению искусства, а умерший художник только в переносном смысле слова может перевернуться в гробу в знак несогласия с той или иной интерпретацией. Психоаналитические интерпретации, в отличие от этого, непосредственно влияют на человеческие судьбы. Пациенты ищут помощи, так как страдают от своих симптомов, и для них принципиально важен вопрос о том, удастся ли облегчить их положение или излечиться. Тексты же нечувствительны к различным толкованиям и интерпретациям и не могут делать критических замечаний.

Таким образом, аналитик должен не только обосновывать свои терапевтические воздействия в каждом конкретном случае, но и постоянно проверять правильность своих теоретических идей относительно сферы бессознательного, а также переживаний людей и их поведения. В противоположность применению герменевтики в теологии и гуманитарных науках основатель психоанализа связал искусство толкования с объяснительными теориями. Фрейд предположил, что его теория психогенеза *связана* с проблемой причинности, и потребовал от психоаналитиков, чтобы они проводили различие между *необходимыми* и *достаточными* условиями возникновения и протекания психических и психосоматических заболеваний. Позднейшие реконструкции показали, что эти различия можно было определить только впоследствии. Поэтому фрейдовское понятие *ретроспективной атрибуции* (Nachträglichkeit) приобретает важность, в значительной степени недооцениваемую (мы будем говорить об этом в разделах 3.3 и 6.3).

В аналитическом диалоге, безусловно, большое внимание обращается на слова. Эти слова что-то означают, и это «что-то» относится отнюдь не к сферам восприятия или лингвистики. Такие слова, как «связь», «отношение», «взаимоотношение», «синтез» и т.д., появляются в трудах Фрейда в смысле «объяснение», что соответствует научному языку того времени. Например, описывая условия, при которых выстраивается явное содержание сновидения, Фрейд (Freud, 1901a, p. 643) говорил о «четких взаимосвязях» этого содержания со скрытыми мыслями, лежащими в основе данного сновидения. Его в принципе интересовала проблема прояснения причинно-следственных связей. В конкретных случаях он ошибался в вопросе об эмпирических подтверждениях и в целом недооценивал серьезность проблем, которые ставились в исследованиях по верификации гипотез.

Ход и результаты клинического психоанализа подлежат изучению. Объяснительные теории Фрейда базировались на его терапии и в свою очередь оказали длительное воздействие на метод интерпретации. Поэтому интерпретации, основанные на фрагменте теории, который был опровергнут, оказываются ложными. Например, в свете результатов недавних исследований взаимодействия матери и ребенка, а также данных эпидемиологии многие допущения общей теории неврозов, а также ее частных приложений кажутся сомнительными (Lichtenberg, 1983). В наибольшей степени нуждается в коррективах теория терапии.

Пересматривая аналитическую технику, мы исходим из нескольких положений Фрейда, которые до сих пор игнорировались. Именно это побудило нас дать данному разделу заголовок «Назад к Фрейду и путь в будущее». Согласно Фрейду (Freud,

1937c, p. 250), «цель психоанализа заключается в том, чтобы обеспечить максимально благоприятные условия для функционирования Я. Когда это достигнуто, цель психоанализа выполнена». Если мы соотнесем это высказывание с терапевтической ситуацией в целом, а не только с конечной целью пациента — преодолевать трудности повседневной жизни, не становясь жертвой симптомов, — тогда нам удастся сформулировать следующее общее правило: в терапевтической ситуации благоприятными условиями для разрешения внутренних конфликтов являются те, при которых пациент может превратить пассивное страдание от исходных патогенных травм в независимую активность. Это — обобщение фрейдовской теории травмы, в центре которой стоит понятие беспомощности, по крайней мере с момента появления работы Фрейда «Подавление, симптомы и тревога» (Freud, 1926d; см. т. 1, разд. 8.7). Мы согласны с Фрейдом (Freud, 1926d, p. 167) в том, что «Я, которое раньше переживало травму пассивно, теперь воспроизводит ее активно в ослабленном виде в надежде получить власть над ее проявлениями. Дети, несомненно, поступают подобным образом со всеми неприятными переживаниями: они воспроизводят их в играх. Превращая таким образом пассивность в активность, они пытаются предметно овладеть своими переживаниями». Это положение можно обобщить и сильнее: «Переходя от пассивности к активности, [человек] пытается психологически овладеть переживаниями своей жизни» (G. Klein, 1976, pp. 259 ff.). Клейн убедительно показал, что симптом навязчивого повторения у невротиков и психотиков, описанный Фрейдом, возникает по психологическим причинам, как аффективным, так и когнитивным. В результате у пациента обостряется чувство беспомощности и безнадежности, что препятствует его попыткам избавиться от идущей из прошлого тревоги. Подобные бессознательные ожидания играют роль своего рода фильтра, пропускающего только те ощущения, которые соответствуют духу мрачного самосбывающегося пророчества. В результате пациент либо вообще не испытывает положительных эмоций, либо изолирует их и лишает смысла. Подобным образом воспоминания об утратах, наказаниях и обидах далекого прошлого — короче говоря, обо всех травматических переживаниях — не только консервируются, но и актуализируются со все большей силой, вбирая в себя переживания, связанные с повседневной жизнью, а может быть, и с ходом терапии, если она причиняет пациенту страдания. Нам кажется, что мы отдадим должное взгляду на психогенез как на постоянно идущий процесс, если расширим пределы применения теории кумулятивной травматизации Хана (Khan, 1963), приложив ее ко всему жизненному циклу.

По причинам, корни которых находятся в бессознательном, биографии многих людей выстроены таким образом, что их предчувствия часто оправдываются и у них постоянно возникают новые травматические переживания. Например, «параноики с идеями ревности и преследования... проецируют на окружающих то, что они не хотят увидеть в себе... но они проецируют это не в пустоту, где ничего нет... они фиксируют мельчайшие оттенки отношения, которые проявляют к ним эти чужие, незнакомые люди, и включают их в свой бред» (Freud, 1922b, p. 266). В одной из поздних работ Фрейд подчеркнул первостепенную важность таких процессов:

> Я взрослого человека со всей своей увеличивающейся силой продолжает защищаться от опасностей, которых в действительности более не существует; по сути, оно заставляет себя выискивать в реальной жизни ситуации, которые могли бы в той или иной степени заменить первоначальную опасность и, таким образом, оправдать сохранение привычного типа реагирования на них. Это позволяет нам без труда понять, как защитные механизмы, все более усиливая отчуждение Я от внешнего мира и постоянно уменьшая его силу, готовят почву для будущего невроза и способствуют его возникновению (Freud, 1937c, p. 238).

В ходе этого процесса симптомы могут приобретать новое содержание. Это открытие Фрейда столетней давности (Freud, 1895d, p. 133) теоретически обосновывается, в частности, концепцией Хартманна о функциональных изменениях, однако приложимость этой концепции к аналитической технике систематически не исследовалась. Поэтому в разделе 4.4 первого тома мы обращаем особое внимание на то, как симптомы поддерживаются в порочном кругу, который сам по себе приобретает все большую устойчивость. Каждый день могут возникать ситуации безнадежности и беспомощности, реальное содержание которых весьма отличается от первоначальной травмы. Верный признак проявления этого механизма — усиление обидчивости, увеличивающее восприимчивость пациента ко всякого рода внешним воздействиям. Наконец, для людей с повышенной чувствительностью маловажные на первый взгляд события становятся причиной драматических последствий, а постоянное ощущение обиды ложится тяжелым грузом на все их межличностные отношения.

В результате такого воспроизведения симптоматики, которое мы объясняем на основе расширенного толкования теории травмы, чувство обиды может проявиться у пациента и в ходе терапии. Подобные реакции, к которым следует относиться очень серьезно, возникают иногда несмотря на все старания аналитика создать дружелюбную обстановку. Неблагоприятный эффект такого рода может даже, наоборот, сильнее проявиться в результате того, что аналитик пытается создать нечто вроде психоаналитического инкубатора, то есть ситуацию стабильности, позво-

ляющую процессу личностного роста идти без помех. Пациент может чувствовать себя задетым той обстановкой, в которой происходит терапия, и теми недоразумениями, которые неизбежно случаются. При этом травматическое воздействие тем сильнее, чем меньше оно обсуждается, осознается и интерпретируется как таковое (см. т. 1, гл. 7 и разд. 8.4).

На протяжении долгого времени аналитики недооценивали серьезность травм, которые могут возникнуть вследствие переноса, связанного с воспроизведением детских эдиповых или доэдиповых фрустраций и которые к тому же на взрослых пациентов могут влиять совсем другим образом. Не исключено, что травматические последствия переноса оставались незамеченными до недавнего времени вследствие того, что теория фрустрационной терапии как бы оправдывала их. В своей неопубликованной речи, произнесенной на Будапештском конгрессе 1987 года, Томэ подчеркнул тот факт, что травмирующее воздействие может быть непредусмотренным побочным эффектом переноса. В то время важные открытия Ференци (Ferenczi, 1988), описанные им в дневнике за 1932 год, еще не получили широкой известности. Ференци писал о том, что профессиональное отношение аналитика к пациенту и следование психоаналитическим правилам могут сами по себе явиться причиной новых травм, а также актуализировать те старые травмы, которые анализ, по идее, должен помогать преодолевать.

Вторичное открытие того, что травматизация представляет собой неотъемлемый элемент аналитической ситуации, приводит нас к выводам, отличным от тех, которые сделал Ференци. Мы думаем, что наша готовность позволить пациенту принять участие в процессе интерпретирования и, при необходимости, в обсуждении контрпереноса помогает преодолевать и старые, и вновь полученные травмы. Балинт в своей теории взаимодействия в пáрах и в малых группах расширил данное Фрейдом определение беспомощности, описав с его использованием травмирующую ситуацию, и привлек внимание к неумышленным и антитерапевтичным микротравмам, возникающим в психоаналитической ситуации. В своем отношении к этой первостепенной проблеме аналитической техники психоаналитики разделились на два лагеря, что, возможно, будет иметь важные последствия — с одной стороны, сторонники концепции аналитика-зеркала, который, как считается, не может быть задет или обижен, а с другой — те, кто придерживается идеи об аналитике, который любит своих пациентов и пытается своим личностным влиянием компенсировать им недостатки аналитического общения.

Новый этап в развитии психоанализа наступил, когда Вайс и Сэмпсон (Weiss, Sampson, 1986) опровергли теорию фрустрационной терапии на основании данных экспериментального ис-

следования, свидетельствовавших в пользу теории компенсации фрустраций. Аналитик должен не колеблясь использовать все имеющиеся в его распоряжении во время анализа переноса возможности для того, чтобы воспрепятствовать воспроизведению чувства обиды у пациента и избежать негативного влияния на его самоуважение и уверенность в себе. Первые шаги в этом направлении — идея о спонтанности аналитика как противодействии травмирующему влиянию переноса, которому Клаубер придает особое значение, а также подробное объяснение терапевтической важности естественного поведения психоаналитика, которое дает Кремериус (Cremerius, 1981b) на примере клинических случаев Фрейда.

Некоторые аспекты техники, используемой в Я-психологии Кохута, служат иллюстрацией того, насколько сильно укоренилась теория фрустрационной терапии. Это влечет за собой ущерб для терапевтической эффективности психоанализа и способствует псевдонаучному идолопоклонству. Кохут считал, что от аналитика, строго соблюдающего принципы аналитического невмешательства и нейтральности, его пациент может получить только нарциссическое удовлетворение, а не истинное принятие. Приверженность Кохута неправильно понятой идее нейтральности лишает принятие и поддержку со стороны аналитика, которые столь важны терапевтически, эмоциональной основы и, таким образом, не только не укрепляет реалистическое самоуважение пациента, а, наоборот, создает ситуацию «как будто». Согласно теории Я-объектов Кохута, принятие даже не является чем-то, получаемым от реально значимых лиц, а представляет собой вид нарциссического самопринятия, то есть отражение собственного Я пациента.

На современном этапе развития психоаналитической терапии страх аналитиков, что принятие пациента приведет к эдипову соблазнению и удовлетворению инцестуозных стремлений, будет постепенно проходить. Подлинное принятие пациента существенно снижает вероятность возникновения у него травм в результате переноса и значительно повышает терапевтическую эффективность психоанализа. Данное руководство будет вновь и вновь возвращаться к вопросу о том, как аналитик может создать в своем кабинете наилучшие условия для благоприятных терапевтических изменений. Цель — способствовать личностному росту пациента, так чтобы он смог успешно справляться со старыми и новыми ситуациями беспомощности и тревоги. Идея проработки конфликтов должна быть подчинена всеобъемлющей теории овладения собой. Если понять защитные механизмы с точки зрения овладения ситуацией «здесь-и-теперь», то психоаналитическая теория тревоги, которую мы вкратце повторяем в разделе 9.1, может служить источником терапевтических возможностей, которыми раньше пренебрегали.

3-1031

1.2 Описание клинических случаев

Публикуя описания своих случаев, Фрейд ставил целью продемонстрировать связь между заболеванием и историей жизни пациента. Вывод, к которому он пришел, заключается в том, что возникновение психических и психосоматических болезней следует понимать как *суммарный результат действия многих причин*. Чтобы невротическое расстройство возникло и стало хроническим, нужно совпадение действия многих факторов. Сопротивляемость стрессу в критических фазах жизни зависит от предрасположенности индивида к тем или иным реакциям, что является результатом формирующих влияний и конфликтов в детском и подростковом возрасте. В свою очередь эти влияния и конфликты опираются на фундамент врожденной склонности к реакциям того или иного типа. Конфликты эдиповой стадии развития имеют далеко идущие последствия для дальнейшей жизни любого ребенка, во-первых, потому, что именно в них происходит базовое структурирование *психосексуальной дифференциации*, и, во-вторых, потому, что принятие индивидом специфической половой роли формирует фундаментальные черты личности. Половая роль определяется социально-психологически и субъективно ощущается как чувство идентичности, относящееся к своему полу и тесно с ним связанное. Утихнут ли эти конфликты в дальнейшем (и если да, то каким образом) или же их результатом станет формирование бессознательной структуры, которую можно будет диагностировать, ориентируясь на типичные формы поведения и переживания, — это в свою очередь зависит от взаимодействия многих социокультурных и семейных факторов.

Феномен, который называют сверхдетерминированностью симптомов, и тот факт, что патологические процессы поддерживаются последовательным течением неблагоприятных событий, имеют важные последствия для терапии. Благодаря сверхдетерминированности вмешательство аналитика может оказать терапевтическое влияние на различные звенья цепи причин, приведших к неврозу. То, что эффект лечения может проявиться за пределами фокуса терапевтических усилий, является следствием роли, которую играет сверхдетерминированность в этиологии неврозов, или, говоря словами Фрейда, «их возникновение, как правило, сверхдетерминированно, [и] только совокупное действие нескольких факторов может привести к подобному результату» (Freud, 1895d, p. 263). Понятие сверхдетерминированности не означает множественной детерминированности в том смысле, что каждое отдельное обстоятельство или причина сами по себе вызовут какое-либо событие, ошибочное действие, обмолвку или симптом. Как раз наоборот, смысл сверхдетермини-

рованности заключается в *совместном действии* нескольких причин, которое Вильгельм Вундт описал на примере возникновения нарушений речи, а Фрейд включил в качестве частного случая в свою концепцию сверхдетерминированности (Freud, 1901b, p. 60). Признание этого принципа создает необходимость установить иерархию факторов, способствующих возникновению психических и психосоматических заболеваний, и разделить все причины на *необходимые* и *достаточные*. Соответственно, мы должны начать с допущения того, что причинные факторы можно классифицировать по-разному, например необходимые, достаточные, иногда необходимые, иногда достаточные, необходимые при совместном действии, достаточные при совместном действии и т.д. В ходе дискуссии, которую начали Игл (Eagle, 1973a,b) и Рубинштейн (Rubinstein, 1973) после выхода в свет книги Шервуда «Логика объяснения в психоанализе» (Sherwood, 1969), было показано, что Фрейд (который перевел несколько книг Дж.С. Милля на немецкий язык) был сторонником философски хорошо обоснованной теории причинности (Thomä, Cheshire, 1991; Cheshire, Thomä, 1991). В одной из своих ранних публикаций, отрывок из которой мы здесь приводим, Фрейд рассматривает ряд важных понятий теории причинности:

(а) *Предпосылка*, (б) *специфическая причина*, (в) *сопутствующие причины* и, в качестве термина, не совпадающего ни с одним из перечисленных выше, (г) *непосредственная, или побудительная, причина*.

Чтобы предусмотреть все возможные случаи, предположим, что интересующие нас этиологические факторы могут претерпевать количественные изменения, то есть усиливаться или ослабляться.

Если мы согласны с положением о том, что этиологию болезни можно представить в виде уравнения с несколькими неизвестными, которое нужно решить, чтобы получить искомый эффект, тогда мы можем назвать *непосредственной*, или побудительной, ту причину, которая стоит в этом уравнении на последнем месте, то есть непосредственно предшествует наступлению результата. Сущность непосредственной причины всецело определяется фактором времени. В отдельных случаях роль непосредственной причины может играть также любая из других перечисленных причин; а [конкретный фактор, играющий эту] роль, может меняться в рамках той же этиологической комбинации.

Факторы, которые могут быть охарактеризованы как *предпосылки*, — это те, в отсутствие которых эффект никогда не будет иметь места, но которые сами по себе не могут его вызвать, независимо от силы их проявления, так как специфическая причина при этом все же отсутствует.

Специфическая причина — это та, которая присутствует всегда, когда возникает соответствующий эффект, и которая к тому же всегда является достаточной для ее возникновения, если ее количественная характеристика, или интенсивность, достигает определенного значения (и если наличествуют необходимые предпосылки).

Сопутствующими причинами мы можем назвать такие факторы, присутствие которых не является обязательным и которые сами по себе не могут вызвать рассматриваемого эффекта, независимо от силы своего воз-

действия, но которые, наряду с предпосылками и специфической причиной, входят в состав упомянутого выше этиологического уравнения.

Отличительные черты сопутствующих или побочных причин кажутся ясными; но как мы отличим предпосылку от специфической причины, ведь обе они необходимы, но ни одной из них в отдельности недостаточно для того, чтобы вызвать эффект, о котором идет речь?

Вероятно, прийти к решению нам помогут следующие соображения. Среди «необходимых» причин мы можем увидеть несколько таких, которые входят в этиологические уравнения многих других эффектов и, таким образом, не обнаруживают особой связи с каким-либо конкретным эффектом. Но одна из них отличается от остальных тем, что либо не входит ни в одно из других этиологических уравнений, либо входит лишь в очень немногие из них. Именно ее мы вправе назвать *специфической* причиной рассматриваемого эффекта. Кроме того, предпосылки и специфические причины особенно заметно отличаются друг от друга в тех случаях, когда предпосылки носят характер стабильных состояний, мало подверженных изменениям, тогда как специфическая причина представляет собой фактор, начавший действовать лишь недавно (Freud, 1895f, pp. 135—136).

Чтобы «этиологическое уравнение» приобрело законченный вид, в него должны войти все четыре перечисленных выше компонента. Сложное переплетение причин делает это трудной задачей, поскольку различные необходимые и достаточные причины могут связываться воедино или замещать друг друга. Исключение представляет лишь специфическая причина, которая при наличии определенной предрасположенности сама по себе является достаточной. Контекст приведенной цитаты из Фрейда свидетельствует о том, что моделью подобной связи между причиной и следствием является наличие *специфического* «патогенного фактора», который вызывает инфекционное заболевание и идентифицируется на основании особенностей поражения ткани, которые тоже можно назвать специфическими.

В случаях психических и психосоматических заболеваний предрасположенность, возникающая на протяжении жизни индивида, приобретает особую важность в качестве необходимой предпосылки возникновения болезни, в противоположность внешним «стимулам», которые выступают в качестве побудительного фактора. Поскольку оба упомянутых фактора представляют собой необходимые условия заболевания, то их роль во фрейдовской объяснительной модели велика. Мы вернемся к этим проблемам при обсуждении гипотезы специфичности в психосоматической медицине (разд. 9.7), пока же в контексте описания Фрейдом своих клинических случаев необходимо отметить, что его объяснительная модель доказала свою исключительную продуктивность, несмотря на то что обоснованность многих из его предположений о конкретных причинно-следственных связях представляется сейчас сомнительной. Логика его каузальной схемы осталась неопровергнутой, а вот некоторые взаимосвязи, описанные им на материале конкретных случаев, оказались неверными либо верными только отчасти. Эту оговор-

ку нам следует иметь в виду. Фрейд связывал свою логику *суммирования отдельных причин* с каузальными теориями Юма и Милля (Eimer, 1987). Взаимосвязь различных причинных факторов позволяет эффекту терапевтического воздействия воспроизводиться во всей их цепи (описанной выше) через «узловые точки» (Freud, 1895d).

Фрейдовская *каузальная* модель этиологии психических заболеваний дополняется соответствующим пониманием терапии. Чтобы человек мог найти решения проблем, которые в какой-то момент ставит перед ним жизнь, и обнаружить связи между совершенно разными ее сторонами, он должен иногда исследовать «глубочайшие и наиболее примитивные уровни психологического развития» (Freud, 1918b, p. 19; см. также т. 1, разд. 10.2).

Описания клинических случаев Фрейда представляют собой попытки, опираясь на знание ситуации пациента в данный момент, реконструировать его прошлое, выявив первопричины и характерные особенности формирования его симптомов. По отношению к симптомам психических и психосоматических болезней время как бы останавливается — их прошлое есть их настоящее. Фобик боится абсолютно безобидной вещи сейчас точно так же, как он боялся ее десять или двадцать лет назад; навязчивые мысли и действия повторяются как неизменный ритуал в течение многих лет.

Невротические симптомы настолько тесно связаны с историей жизни пациента, что для понимания особенностей патогенеза знать ее необходимо. «Предполагается, что к описаниям подобных случаев будут относиться как к обычным историям психических болезней; однако перед последними у них есть одно преимущество, а именно — тесная связь между историей страданий пациента и симптомами его болезни» (Freud, 1895d, p. 161).

Особый интерес в этой связи представляет описание случая Человека-Волка, которое Фрейд опубликовал под названием «Из истории одного детского невроза» (1918b). Этот случай послужил поводом для появления огромного количества комментирующих работ — к 1984 году их список насчитывал около ста пятидесяти названий (Mahony, 1984). Несмотря на множество оговорок относительно возможности доказать или обосновать психоаналитические объяснения, Перрес (Perrez, 1972) приходит к выводу, что описание Человека-Волка, без сомнения, является впечатляющей попыткой объяснить загадки этого случая, изложенного в форме «повествования». Термин «повествование», который ввел Фэррел (Farrell, 1961), характеризует тот аспект описаний случаев, который вызывал у Фрейда чувство некоторой неловкости, а именно то, «что случаи, которые я описываю, будут читать как *рассказы*» (Freud, 1895d, p. 160). Как

писатель Фрейд был удостоен премии Гёте, и его литературный стиль привлекал многих литературоведов от Мушга (Muschg, 1930) до Мэхони (Mahony, 1987; см. также: Schönau, 1968).

Яркость и увлекательность, которая чувствуется в том, как Фрейд излагает свои случаи, на наш взгляд, связана с тем, что все приводимые им описания призваны правдоподобно представить подоплеку мыслей и поступков его пациентов — это необходимо для построения объяснительных схем.

Анализ любого из фрейдовских описаний случаев представляет особый интерес еще и тем, что ясно показывает: простое *изложение* истории невроза было далеко не единственной целью Фрейда. Больше всего его заботило ее объяснение, причем, судя по всему, в *генетически исторической форме*. Такая форма объяснения представляет собой не только попытку описать цепь событий, но также и показать, почему одна ситуация сменяется другой. По этой причине подобное объяснение использует некоторые законы вероятности, хотя в повествованиях Фрейда на это не всегда указывается прямо (Perrez, 1972, p. 98).

Хотя в отдельных случаях, представленных Фрейдом, этиология заболевания может быть совершенно неясной, а использование им статистических законов и вероятностей не имеет под собой удовлетворительного обоснования, его общий вывод все же остается в силе: паттерны переживания и поведения укоренены в глубинах бессознательного и формируются на протяжении очень длительного времени. Таким образом, всегда существует не только опасность того, что повторяющиеся неблагоприятные воздействия могут привести к возникновению и сохранению в психике соответствующих стереотипов, но и большая вероятность благоприятного изменения мотивационных паттернов под влиянием позитивного опыта. Не исключено, что разговор Фрейда с Катариной открыл новые перспективы для этой девушки, посоветовавшейся с ним мимоходом в горном пансионате. Кстати, стоит обратить внимание на то, что описание этого разговора дает нам наиболее четкую картину, как Фрейд проводил диагностически-терапевтические беседы (Argelander, 1978).

Уникальность биографии любого человека связывает психоанализ с методологией «изучения отдельных случаев» (Edelson, 1985). Что же касается *научных* целей, то у аналитиков они, без сомнения, не ограничиваются изучением отдельных случаев — их усилия направлены на установление общих закономерностей. Фрейд специально подчеркивал в своем описании случая Человека-Волка, что делать обобщения, исходя из известных предположений относительно патогенеза, можно только на основе множества клинических случаев, которые были тщательно и глубоко проанализированы (Freud, 1918b).

Описывая случаи, Фрейд ставил своей главной целью реконструировать логику психогенеза, то есть показать, что причины симптомов вытеснены и находятся в бессознательном, поэтому описание терапевтической техники оказывалось у него на заднем плане. В его сообщениях о ходе лечения нет систематического обсуждения *технических* правил. Лишь иногда, от случая к случаю, он упоминал о своих чувствах, мыслях, интерпретациях или каких-либо других действиях на том или ином сеансе.

Фрейд проводил различие между *описаниями случаев*, которые он иногда называл историями болезни, и *описаниями хода лечения*. Мы следуем его примеру, хотя последнему названию предпочитаем термин *сообщение о ходе лечения*, поскольку считаем важным подчеркнуть различие между этими двумя способами представления случаев. В одной из своих ранних работ Фрейд указывал на неудобства, связанные с представлением аналитического материала для обсуждения:

Значительные трудности возникают вследствие того, что в день врач проводит по шесть—восемь психотерапевтических сеансов, в течение которых он не может делать записей из-за опасения поколебать доверие пациента к себе и помешать собственному восприятию аналитического материала. Надо сказать, что до сих пор мне не удалось удовлетворительно разрешить проблему представления для публикации материала длительного анализа (Freud, 1905е, pp. 9—10).

Эти слова были сказаны в связи со случаем Доры. Описание этого случая и хода лечения Фрейд дал в работе «Фрагмент анализа случая истерии». Представление этого материала читателям было облегчено двумя обстоятельствами: краткостью процесса лечения и тем, что «факты, прояснившие суть дела, группировались вокруг двух сновидений (одно из них было рассказано в середине процесса лечения, а другое — в его конце). Содержание обоих сновидений было записано сразу же после окончания соответствующих сеансов, что обеспечило надежный ориентир связанным с этими сновидениями ассоциациям и воспоминаниям» (Freud, 1905е, р. 10).

Описание клинического случая как такового, то есть самую важную часть этой работы, Фрейд сделал по памяти лишь после окончания лечения пациентки, но утверждал, что сделал это с большой точностью. Что же касается *описания хода лечения*, то, по его собственному признанию, оно страдает неполнотой:

Как правило, я воспроизвожу не ход интерпретирования, которому подвергаются ассоциации и сообщения пациента, а только его результаты. Вследствие этого техника аналитической работы (за исключением работы со снами) демонстрируется лишь в очень немногих местах. Описывая этот случай, я ставил своей целью показать глубинную структуру невротического расстройства и то, как она определяет симптоматику. Если бы я попытался одновременно решить и другую задачу, это привело бы только к

безнадежной путанице. Прежде чем могут быть точно установлены технические правила, до которых мы большей частью доходим эмпирически, необходимо собрать большое количество фактического материала о *ходе лечения* многих пациентов (Freud, 1905e, pp. 12—13; курсив наш).

Фрейд не придавал особого значения сокращенной форме такого описания, так как перенос «не являлся предметом обсуждения во время краткого лечения», длившегося только три месяца (Freud, 1905e, p. 15). Во всех опубликованных Фрейдом описаниях случаев мы находим преобладание описания истории случая над описанием хода лечения.

Причиной того, что в центре опубликованных Фрейдом описаний случаев стоял генез невротических симптомов, был его тезис о том, что прояснение и достижение большего понимания являются факторами, создающими наилучшие предпосылки для терапевтического воздействия. Вот подходящая цитата: «Мы хотим получить нечто, что ищет вся наука, — понять феномены, установить между ними зависимость и, в конце концов, расширить, если это возможно, нашу власть над ними» (Freud, 1916/17, p. 100).

Как считает Гринсон (Greenson, 1967, p. 17), не описания клинических случаев Фрейда, а пять его работ, посвященных технике анализа, являются для аналитика источником умения создавать наилучшие условия для терапевтических изменений. Говоря об уникальной позиции Фрейда в психоанализе, следует отметить тот факт, что он не дал единообразного описания своей техники, включавшего бы и теоретический и практический аспекты, и это имело долговременные последствия. Его описания случаев стали образцом для психоаналитических теорий, описывающих условия патогенеза, и именно в таком качестве на них ссылаются, например, Шервуд (Sherwood, 1969), Гардинер (Gardiner, 1971), Нидерланд (Niderland, 1959), Перрес (Perrez, 1972), Шалмей (Schalmey, 1977) и Мэхони (Mahony, 1984, 1986). Фрейд обращал больше внимания на специфические правила исследования с целью прояснения генеза, чем на то, как сделать сами эти правила объектом изучения, чтобы определить, создают ли они пациенту необходимые и достаточные *условия для изменения* (см. т. 1, разд. 7.1, 10.5).

С момента начала терапии *неврозы* становятся *неврозами переноса*, независимо от того, насколько глубоки их корни и как сильно они укоренились в течение жизни пациента (см. т. 1, разд. 2.4). Даже если область, охватываемая этой концепцией, не определена достаточно четко (как это предполагается в полемическом обсуждении, изданном видными аналитиками Лондоном и Розенблаттом (London, Rosenblatt, 1987)), нельзя обойти вниманием тот факт, что аналитик вносит существенный вклад в понимание сущности переноса. В этом смысле развива-

ются даже особые неврозы переноса, характерные для определенных школ, что противоречит идее Фрейда о том, что простое соблюдение правил лечения приводит к единообразному развитию неврозов переноса. Это расширение теории переноса и контрпереноса является следствием признания факта воздействия аналитика на пациента. Развитию теории способствовало то, что в последние годы мы смогли лучше понять, как работал сам Фрейд, углубив наши знания о реконструированных им описаниях случаев и расширив представление о том, как он применял технические правила.

В первом томе мы указали на тот факт, что появление в литературе большого числа работ, посвященных терапевтической работе Фрейда, способствовало критической переоценке истории психоаналитической техники (Cremerius, 1981b; Beigler, 1975; Kanzer, Glenn, 1980). Когда было необходимо, Фрейд предоставлял пациентам кров, одалживал и даже просто давал им деньги. Однако было бы наивно пытаться решить сегодняшние проблемы, идентифицируясь с естественной и человеческой позицией Фрейда в кабинете, поскольку он явно не обращал внимания на последствия переноса.

Описания случаев Фрейда отличаются тем, что, с одной стороны, в них сообщается о конкретном случае анализа, а с другой — в них содержатся далеко идущие гипотезы, в которых делается попытка представить в сжатой форме все богатство клинических наблюдений и установить между ними причинные связи.

Джонс (Jones, 1954) считает, что нозографический метод Шарко оказал сильное влияние на подход Фрейда в отношении реконструкции генеза и течения психогенных заболеваний. Фрейд исследовал технические правила главным образом не для того, чтобы определить, обеспечивают ли они наилучшие условия для терапевтических изменений. Он хотел вместо этого, чтобы его технические рекомендации обеспечили научное обоснование психоаналитического метода: «Мы имеем право, или даже обязаны, проводить наше исследование, не принимая в расчет кратковременные положительные эффекты. В конце концов, мы не можем сказать, где и когда каждый малейший фрагмент знания приобретет силу, и терапевтическую силу в том числе» (Freud, 1916/17, p. 255). Правила, установленные Фрейдом, должны были гарантировать объективность результатов и ограничить, насколько возможно, влияние аналитика на получаемые данные. При описании феноменов, которые наблюдались в ходе бесед, основной акцент делался на те высказывания пациентов, которые затем включались в описание случая, так как предполагалось, что они имеют отношение к делу. Метод структурирования материала соответствует основным положениям Фрейда:

То, что характеризует психоанализ как науку, — это не материал, с которым он имеет дело, а техника, с помощью которой он работает. Эта техника применима без существенных изменений к истории культуры, к философии религии и мифологии не в меньшей степени, чем к теории неврозов. То, к чему мы стремимся, и то, чего достигаем, есть не что иное, как открытие бессознательного в психической жизни (Freud, 1916/17, p. 389).

Конечно, существует огромная разница в том, применяется ли психоаналитический метод к истории культуры или используется как форма терапии, так как пациент приходит к аналитику, ожидая уменьшения своих страданий или полного избавления от них. В терапии аналитик берет на себя ответственность, не возникающую при интерпретации мифологии или в других случаях применения психоаналитического метода. Но так или иначе, самым важным является то, что главным свидетелем действий аналитика остается пациент.

1.3 Сообщения о ходе лечения

Постепенно описание случая стало трансформироваться в описание хода лечения. При этом внимание было настолько сильно сфокусировано на диалоге между пациентом и аналитиком, что наибольший интерес представляла подготовка протоколов на основе *избирательных* критериев.

В литературном описании Фрейдом Человека-Крысы, лингвистическую интерпретацию которого представил недавно Мэхони (Mahoney, 1986), присутствует множество деталей из ежедневных заметок, которые Фрейд привык делать по памяти. Впервые протоколы о Человеке-Крысе были опубликованы в 1955 году, в десятом томе «Стандартного издания».

Цетцель, работая над одной из статей, обратилась к «Стандартному изданию», а не к «Избранным статьям» (Collected Papers) и обнаружила протоколы Фрейда, остававшиеся до тех пор незамеченными. Эти протоколы представляют особенный интерес с точки зрения терапевтической техники, но, кроме того, в них содержится важная дополнительная информация, касающаяся происхождения симптомов. В заметках Фрейда содержалось свыше сорока упоминаний о крайне амбивалентных отношениях между матерью и сыном, которые не рассматривались в достаточной степени в описании случая, опубликованном в 1909 году (Zetzel, 1966). Сам Фрейд (Freud, 1909, p. 255) отметил: «Когда я сообщил ему о своих условиях, он сказал, что должен посоветоваться с матерью». В описании случая не упоминается об этой важной реакции пациента. После того как эти протоколы стали известны, Шенголд (Shengold, 1971) и Хол-

ланд (Holland, 1975), а также многие другие авторы представили новую интерпретацию случая Человека-Крысы.

Как и все аналитики, Фрейд составлял протоколы в соответствии с некоторыми критериями, то есть избирательно; и эти критерии определяли, чтó именно он отбирал из своих записей. Фрейд использовал конкретные случаи для описания типичных зависимостей и процессов психической жизни.

Записи Фрейда о Человеке-Крысе привлекли внимание в связи с тем, что основатель психоанализа не придерживался — ни тогда, ни позже — технических рекомендаций, которые впоследствии были объединены в систему психоаналитических правил. Однако, как мы подчеркивали выше и объясняли в первом томе, технические проблемы не решаются простым возвращением к неортодоксальному стилю лечения Фрейда.

Признаком радикальных изменений мы считаем тот факт, что при подготовке протоколов (как длительного, так и кратковременного лечения) аналитики стали уделять больше внимания диадической природе аналитической ситуации. Многие видные аналитики, представляющие самые разные направления, способствовали этому сдвигу в сторону принятия интерперсональной точки зрения для представления материала случая.

Для того чтобы убедительно описать случай, то есть реконструировать условия его происхождения, нужно использовать критерии, отличающиеся от тех, которые применяются для описания хода лечения. В центре этого описания стоит вопрос о том, произошло ли изменение и какие условия его вызвали. Фрейд мог удовлетвориться относительно грубыми разграничениями, оставляя многие вопросы для дальнейшего изучения. Но с сегодняшней точки зрения описания случаев Фрейда не могут служить ни образцом для реконструкции этиологии, ни парадигмой для протоколов психоаналитического лечения. Создание наиболее благоприятных условий для изменений и исследование терапевтического процесса являются весьма сложной задачей. Наделяя критическую позицию Грюнбаума (Grünbaum, 1984), Эдельсон (Edelson, 1986) нарисовал идеальную модель, в соответствии с которой нужно было бы описывать случаи и ход лечения с целью проверки гипотезы.

Технические приемы, применяемые Фрейдом, можно понять, прочитав любое из его описаний случаев. В каждом из них акцент делается на реконструкции генезиса конкретного невроза. Фрейд приводит также некоторые примеры терапевтических воздействий, иногда даже дословно. Мы рекомендуем при чтении описаний случаев Фрейда иметь под рукой для ориентации и руководства какую-либо соответствующую критическую литературу.

После Фрейда изменения в описании случаев и сообщениях о ходе лечения, по сути, шли в сторону увеличения числа подробных описаний (Kächele, 1981). За последние несколько лет, несомненно, все больше аналитиков стремятся представлять свою клиническую работу в доступной для читателя форме. При соответствующей подготовке это может являться достаточным базисом для профессионального критического обсуждения. Однако в психоаналитической литературе основной формой презентации все еще остается «виньетка» (краткое изложение). Виньетка характеризуется целостностью, тонкостью и изысканностью изложения (см: Thomä, Hohage, 1981) и служит для иллюстрации типичных психодинамических связей. По сравнению с этим фокусом внимания смысл терапевтических действий отступает для аналитика на второй план. Гринсон (Greenson, 1973, p. 15) также критикует старые учебники, включая руководства Шарпа (Sharpe, 1930), Фенихеля (Fenichel, 1941), Гловера (Glover, 1955) и Меннингера и Хольцмана (Menninger, Holzman, 1977), за то, что в них почти не описывается реальная работа аналитика, его чувства, мысли и действия.

Таким образом, у нас есть основания присоединиться к сетованиям Спиллиус (Spillius, 1983) — как она это сделала в критическом обзоре новых направлений в кляйнианской терапевтической технике — на недоступность для понимания типичных сообщений о ходе лечения, написанных ведущими аналитиками. Во всем мире сообщения о случаях пишут в первую очередь кандидаты, проходящие курс обучения и представляющие их на рассмотрение для вступления в психоаналитические общества; но, как справедливо подчеркивает Спиллиус, в силу своего компромиссного характера эти сообщения представляют сомнительную ценность. Исключения только подтверждают такое положение дел, и мы не хотели бы упускать благоприятную возможность упомянуть о некоторых из них.

Незадолго до смерти М. Кляйн написала подробное сообщение о ходе лечения (длившегося четыре месяца) десятилетнего мальчика (1941 года рождения), которого она назвала Ричардом; это сообщение было опубликовано в 1961 году.

> Представляя следующую историю случая, я ставила перед собой несколько целей. Во-первых, я хотела проиллюстрировать технику своей работы более детально, чем делала это раньше. Мои подробные записи позволяют читателю проследить, как интерпретации получают подтверждение в следующем за ними материале. Таким образом, можно наблюдать ход анализа день за днем и увидеть его во всей непрерывности (Klein, 1961, p. X).

Едва ли можно найти другое сообщение о ходе лечения, так же детально воспроизводящее все 93 сеанса и в котором действия аналитика столь же явно определялись бы его теоретиче-

ской позицией. Кроме обзоров Гелирда (Geleerd, 1963) и Сигала и Мельцера (Segal, Meltzer, 1963), существует еще подробное исследование Мельтцера (Meltzer, 1978), в котором дается детальная оценка хода течения динамики лечения.

Другое подробное сообщение о ходе лечения, озаглавленное Винникоттом «Фрагмент одного анализа», было также опубликовано посмертно, в книге под редакцией Джиоваккини (Giovacchini, 1972). Интеракциональная сущность диалогов между пациентом и Винникоттом вызвала раздражение у французского аналитика А. Анзьё (A. Anzieu, 1977, p. 28), так как, по ее словам, огромное количество интерпретаций Винникотта делает невозможным понять, чтó именно сказал пациент. Аналитики, находящиеся под влиянием Лакана, часто ведут себя крайне сдержанно и молчаливо, за что, в частности, их критикует Ланг (Lang, 1986). Сам Лакан не делал детальных клинических описаний; нет также и никаких эмпирических исследований, даже лингвистических, хотя, учитывая конкретные теоретические положения Лакана, было бы естественно ожидать, что они будут проведены. Из опубликованного варианта (1982) лакановского диагностического интервью с психотическим пациентом, которое было записано на магнитофон, можно вычленить лишь немногие характерные признаки лакановского лечения. Он просто выясняет симптомы пациента, используя традиционную психиатрическую технику прояснения психопатологии с помощью вопросов.

В разительном контрасте с этим находится описание психоаналитического процесса, данного Дьюальдом (Dewald, 1972). Он основывается, так же как впоследствии и Вурмсер (Wurmser, 1987), на застенографированных протоколах сеансов, что дало Липтону (Lipton, 1982) великолепную возможность для критики его техники (см. т. 1, гл. 9).

Опубликованная Палвером (Pulver, 1987) дискуссия, озаглавленная «О том, как теория формирует технику: взгляд на клиническое исследование», также представляет собой идеальный пример подобного рода. Материалом для обсуждения здесь стало собрание записей аналитика (Silverman). Аналитик подготовил протокол трех сеансов, в котором, кроме его интерпретаций и реакций пациента, содержались мысли и чувства аналитика. Этот клинический материал был изучен десятью аналитиками, видными представителями различных психоаналитических школ. Шейн (Shane, 1987) и Палвер (Pulver, 1987) суммировали результаты дискуссии, в которой каждый из аналитиков, естественно, исходил из своей собственной позиции. Силверман, лечащий аналитик, известен как сторонник структуралистской теории.

После того как материал оценили Бреннер (структуралистская теория), Берланд (школа Малера), Голдберг (Я-психология) и Мейсон (кляйнианское направление), Шейн заключает, признавая свою неудачу:

Во-первых, нельзя не заметить, что каждый из участников нашел у пациента важные диагностические черты, которые лучше всего объяснялись именно его точкой зрения... Итак, я могу сказать, что разнообразие мнений относительно диагноза и динамики пациента Силвермана допускало, что какая-либо теоретическая позиция будет преобладать над другими. Представленная дискуссия в достаточной мере показывает, что каждая теория может звучать очень убедительно, и отсюда вытекает почти полная невозможность существования абсолютной оценки и неизбежность личного выбора позиции (Shane, 1987, pp. 199, 205).

Швабер (Schwaber, 1987, p. 262) также убедительно показала, что модели, которые использовали участники этой дискуссии, чаще даже искажали полученные данные. На этом основании она утверждает, что теоретические модели следует использовать по-иному.

Современная наука учит нас, что участие наблюдателя является

существенной и небезразличной частью данных. Я не выступаю за нетеоретическую ориентацию, даже если бы она и была возможна. Я скорее выступаю за признание того факта, что независимо от того, какой теории мы придерживаемся, есть опасность использовать ее в большей степени для предрешения результата, чем для продолжения исследования; скорее для получения ответа, чем для постановки новых вопросов... Наши модели являются не просто взаимозаменяемыми вещами, связанными с личными предпочтениями. Мы должны искать такую модель, которая наилучшим образом объясняет данные и в наибольшей степени расширяет поле восприятия (Schwaber, 1987, p. 274, 275).

Такой критический взгляд на процесс лечения поднимает многочисленные проблемы, связанные с участием третьей стороны: специалистов из других областей наук или юристов. Поэтому кажется логичным, что Палвер (Pulver, 1987) обратил особое внимание на вопрос о подготовке протокола.

Палвер всячески приветствует откровенность аналитика, делающего сообщение. И в самом деле, примечательно, что аналитики все еще заслуживают особой похвалы, если пытаются точным образом вести записи во время сеанса — что говорил пациент и что они сами чувствовали, думали или говорили, полностью отдавая себе отчет в том, что этот материал будет обсуждаться с коллегами, являющимися представителями других школ и направлений. Есть много причин, по которым аналитики все больше стали разрешать своим коллегам заглядывать себе через плечо. Несомненно, что психоанализ проходит сейчас через фазу демистификации и разрушения иллюзий; и хотя он сыграл огромную роль в просвещении, сам он не был длительное время

объектом критики. Институционализированному психоанализу грозит опасность превратиться в идеологию. Фрейд стал мифической фигурой. И следовательно, не случайно широкая публика с жадностью впитывает все, что говорят пациенты Фрейда о его работе. Таким образом, на риторический вопрос, поставленный заголовком статьи Момольяно — «Был ли Фрейд фрейдистом?», можно четко ответить: «Не был» (Momogliano, 1987).

В последние десятилетия страх перед общественностью уменьшился в достаточной мере, чтобы воодушевить многих подвергаемых анализу (как пациентов, так и будущих аналитиков) к тому, чтобы рассказать в той или иной форме о своем лечении (Anzieu, 1986; Guntrip, 1975). Кроме хорошо известных историй и дневников Анаис Нин, Мари Кардиналь, Ханны Грин, Эрики Джонг, Дерте фон Дригальски и Тилмана Мозера, существуют также совместные публикации, содержащие отчеты обеих сторон (пациента и аналитика), например публикация Ялома и Элкина (Yalom, Elkin, 1974). Авторы соглашаются со старым девизом — audiator et altera pars — и считают, что действительно важно выслушать обе стороны. Было бы упрощением сводить подобные автобиографические фрагменты различного литературного качества к чьим-то задетым чувствам, непроанализированному негативному переносу или к чрезмерному эксгибиционизму и нарциссизму.

Четко спланированное эмпирическое исследование терапии является одним из все усиливающихся факторов, приводящих к изменениям в психоаналитическом климате, которые в свою очередь послужили причиной процесса демистификации психоанализа (см., например: Masling, 1983, 1986; Dahl et al., 1988). Это вызывает дальнейшие изменения, имеющие огромную ценность именно потому, что аргументы, использовавшиеся в клинической литературе, были довольно наивными. Например, в упомянутой выше статье Палвер утверждает, что любой из достаточно опытных и видных аналитиков мог бы одинаково успешно вести терапию, несмотря на разные точки зрения по поводу данного случая. Однако на самом деле ход представленных Силверманом сеансов принял неблагоприятное направление, и, таким образом, тот факт, что протоколы не были изучены в отношении лечебных факторов, можно было бы проследить до специального обсуждения с коллегами. Конечно, до сих пор остается неясным, как много общих и специфических факторов, которые на основе результатов исследований терапевтического процесса считаются лечебными, нужно качественно и количественно сочетать в каждом конкретном случае для того, чтобы достичь существенного улучшения или излечения (Kächele, 1988). Таким образом, вполне вероятно, что эффективность разных видов психодинамической терапии скорее является результатом

их общности в отношении некоторых фундаментальных терапевтических принципов, чем того, что в них различно: понимания смысла интерпретаций. Джозеф (Joseph, 1979) составил список некоторых из этих основных принципов, таких, как бессознательные процессы, сопротивление, перенос, свободные ассоциации, генезис проблематики, терапевтические действия, направленные на понимание, интерпретирование и предположения о наличии конфликтов. Палвер идет еще дальше, говоря о том, что различие мнений участников дискуссий в большей степени является кажущимся, чем реальным.

По существу, терапевты говорят пациенту одни и те же вещи, только разными словами. Когда пациенты привыкают к словам терапевта, это значит, что они действительно чувствуют, что их понимают. Например, пациентка могла бы почувствовать, что кляйнианец понимает ее невыразимое чувство ущербности, когда говорит о зависти и о том, что она не обладает пенисом; или терапевт — представитель Я-психологии, когда говорит об ее ощущении фрагментированности, или терапевт структурологического толка, который говорит об ощущении кастрации (Pulver, 1987, p. 298).

Таким образом, Палвер предполагает, что у пациента могло бы возникнуть понимание, которое можно выразить разными терминами, однако эти термины являются просто различными метафорическими вариациями одних и тех же процессов. Джозеф (Joseph, 1984), говоря о бессознательных связях, поддерживает ту же точку зрения; например, разговор о страхе и потере затрагивает как бессознательный доэдипов страх перед сепарацией, так и кастрационный страх. Действительно, у каждого человека в ответ на слово «потеря» возникает много ощущений, которые могут быть взаимосвязаны, но при этом относиться к разным категориям. Поэтому вопрос о том, какой именно сюжет получит развитие в процессе лечения, вовсе не является несущественным или произвольным (Spence, 1982, 1983; Eagle, 1984). Для обоих участников, и пациента и аналитика, важно прийти к определенному соглашению, но цель тем не менее заключается не в том, чтобы найти или придумать некую третейскую «языковую игру», которая метафорически связала бы все вместе. Кроме всего прочего, пациент хочет, чтобы его вылечили. Он хочет разрешить свои конфликты и устранить вызвавшие их причины, а не просто осознать их. Более того, независимые лица способны определять, действительно ли происходит изменение симптоматики.

Игл убедительно продемонстрировал, что феномены, возникающие в процессе аналитического лечения, могут вносить особый вклад

в теорию терапии, то есть в понимание соотношения между определенного рода воздействиями и вмешательствами и возникновением или отсутстви-

ем определенного рода изменений. Мне кажется парадоксальным, что пишущие психоаналитики пытаются использовать клинические данные для всяких целей, кроме той, для которой они подходят больше всего, — для оценки и понимания терапевтического изменения (Eagle, 1988, p. 163).

С сегодняшней точки зрения краткий отчет о ходе лечения имеет сомнительную научную обоснованность, хотя бы в силу своей неполноты. Однако в самой природе человека заложена невозможность достижения полноты. Тем не менее одну задачу сегодня вполне можно решить, а именно вести детальное документирование на уровне наблюдения, дающее возможность делать обобщения. Введенная Митчерлихом модель систематизирования истории болезни была ранней попыткой такого рода, хотя в действительности не много историй болезни было написано в соответствии с этой моделью (Thomä, 1954, 1957, 1961, 1978; de Boor, 1965). Важным было само введение требования о необходимости строить классификацию на основе обобщений и концептуализации. Была попытка достигнуть нечто подобное с помощью индекса Хэмпстеда (Hampstead Index), а именно — получить возможность прояснить большинство психоаналитических концепций путем систематического документирования (Sandler, 1962; Bolland, Sandler, 1965). Модель Митчерлиха имела огромную дидактическую ценность, так как помогала осмыслению ситуации на той фазе, когда в психосоматической медицине выдвигаются специфические гипотезы. Систематизация этих гипотез также облегчала сравнение. Исходя из этой модели, можно было говорить, в каком направлении двигаться дальше. Митчерлих адаптировал схему интервью, разработанную в Тэвистокской клинике, для документирования, подчеркивая при этом важность отношений врач — пациент для терапии и диагностики.

Фокусом внимания в описаниях хода психоаналитического лечения становятся изменения симптомов, наступившие в результате действий аналитика.

Выходя за пределы технических аспектов интерпретации и вопроса о том, что, когда и каким образом следует интерпретировать, Бернфельд (Bernfeld, 1941) стал новатором в постановке вопроса о научной обоснованности и истинности интерпретации. В дальнейшем эта проблема обсуждалась в 1950-х годах Гловером (Glover, 1952), Кьюби (Kubie, 1952) и Шмидлом (Schmidl, 1955).

Исследование интерпретаций, проведенное в Психосоматической клинике Гейдельбергского университета вместе с сотрудниками Института Зигмунда Фрейда во Франкфурте — долгое время оба института возглавлял Митчерлих — в середине 1960-х годов, преследовало честолюбивую цель обосновать теорию, которая являлась бы основой терапевтических действий

аналитика. Важным толчком для этой попытки послужил особый стиль семинаров Балинта по технике лечения, в которых мыслям аналитика перед тем, как он делает данную интерпретацию, придавалось не меньшее значение, чем реакциям пациента.

Для того чтобы оценить те многочисленные мысли, которые попадают в поле равномерно распределенного внимания аналитика, Балинт рекомендовал включать в заметки о сеансах также и то, что является просто мыслями. Включение в протокол тех вещей, которые занимают аналитика — кроме его реальных действий, — и информации об эмоциональном и рациональном контексте появления интерпретаций было важным промежуточным шагом. Данная форма ведения записей показала, насколько важно дать пациенту возможность участвовать в тех мыслях, на основе которых аналитик производит вмешательство или делает интерпретации. На самом деле это был уже давным-давно обнаруженный результат, на который ссылался уже Фрейд (Freud, 1940a, p. 178). Он подчеркивал, что пациента нужно сделать соучастником, то есть он должен кое-что знать о конструкциях аналитика, особенно о том, как аналитик приходит к интерпретациям и какие существуют для них основания. По тем сообщениям, которые имеются в нашем распоряжении на сегодняшний день, видно, что Фрейд в самом деле подробно знакомил пациентов со своими мыслями, то есть с контекстом своих интерпретаций. Согласно Фрейду, клинический случай обычно делится на две четко различающиеся фазы.

> В первой врач получает от пациента необходимую информацию, знакомит его с основами и постулатами психоанализа и раскрывает идею о реконструкции происхождения его расстройства на основе материала анализа. Во второй фазе пациент сам владеет материалом, имеющимся в его распоряжении; он работает над ним, по возможности восстанавливает вытесненные воспоминания, а остальные старается воспроизвести так, как будто бы он их снова переживает. Таким путем он может подтвердить, дополнить или исправить вмешательства, совершаемые врачом. Только во время этой работы он ощущает, преодолевая сопротивление, внутреннее изменение, к которому стремится, и приобретает уверенность в себе, которая делает его независимым от авторитета врача (Freud, 1920a, p. 152).

Возникающей в связи с этим опасности интеллектуализации можно избежать. Объяснение рационального контекста интерпретаций обычно вызывает у пациента сильную аффективную ответную реакцию и служит источником дополнительной информации, давая пациенту возможность критически оценить позицию аналитика. Пациент приобретает гораздо большую свободу в понимании взглядов аналитика и его роли, которая казалась ему загадочной. Точное изучение того, что представляет собой идентификация пациента с функциями аналитика, также зависит от того, подробно ли документируется взаимодействие между аналитиком и пациентом (см. разд. 2.4).

Томэ и Хоубен (Thomä, Houben, 1967) пытались (путем изучения интерпретаций) определить существенные аспекты аналитической техники и их теоретически обосновать, а также оценить их терапевтическую эффективность путем изучения реакций пациента. При проведении этих исследований перед нами постепенно стали выкристаллизовываться проблемы *эффективности* интерпретаций и *истинности* теорий.

Для систематического изучения интерпретаций мы воспользовались рекомендациями Айзекс (Isaacs, 1939) и составили схему сообщения. Эта схема потребовала от психоаналитика подготовить протокол так, чтобы поместить интерпретации между наблюдением и теорией и описать реакции пациента. Периоды лечения были выделены в соответствии со следующими пунктами:

1. Ассоциации, формы поведения и сновидения пациента, которые привели к тому, что аналитик в течение какого-то периода сфокусировал внимание на конкретной теме для ее проработки (*психодинамические гипотезы*).
2. Мысли аналитика, базирующиеся на теории неврозов, и технические приемы, предшествовавшие его собственным интерпретациям.
3. Цель интерпретации.
4. Формулировка интерпретации.
5. Первые реакции пациента, непосредственно последовавшие за интерпретацией.
6. Все другое в интерпретациях аналитика и реакциях пациента, что может быть связанным с прорабатываемой темой (ассоциации, формы поведения, сновидения, изменения настроения и аффективного состояния и т.д.).
7. Была ли достигнута цель?
8. Материал, который не согласуется с гипотезами.

Во время работы над этим проектом стало понятно, что проблема обоснования может быть решена только в рамках комплексного исследования процесса и результата психоанализа, что далеко выходило за пределы наших возможностей в то время. Тем не менее, как показал Палвер через двадцать пять лет, схема сообщения остается подходящим средством получения важной информации для клинического обсуждения (Pulver, 1987). Для аналитика чрезвычайно важно вести протокол, содержащий его мысли, чувства и терапевтические воздействия, таким образом, чтобы третья сторона могла выдвинуть альтернативную точку зрения или чтобы облегчить эту задачу (например, см. гл. 8). Выводы, которые мы суммировали в первом томе (гл. 10), необходимы для проведения клинических исследований и для наилучшего научного обоснования психоаналитической практики.

Наш особый интерес к влиянию интерпретаций привел в ходе подготовки этих протоколов к тому, что мы уделили недостаточное внимание роли эмоциональных аспектов отношений. Потеря эмоционального контекста, составляющего основу анализа, приводит к тому, что интерпретации и реакции кажутся гораздо более интеллектуальными, чем они на самом деле являются. Инсайт и переживание, интерпретация и отношения, вербальный и невербальный аспекты диалога находятся во взаимодействии друг с другом (Thomä, 1983; см. также т. 1, разд. 8.6). Когда аналитик делает или реконструирует интерпретации, он двигается также в глубь контрпереноса, о котором легче говорить, чем писать.

Целью этих двух вариантов сообщения о ходе лечения было получение максимально точных данных о чувствах, мыслях и действиях аналитика в присутствии пациента. Гловер (Glover, 1955) также понимал особую ценность составления аналитиком протокола того, что он говорил пациенту. Это важно потому, что многие из так называемых рассказов являются, по словам Спенса (Spence, 1986), типичными рассказами, составленными психоаналитиками в соответствии со скрытыми психодинамическими позициями, и в них невозможно увидеть вклад самого аналитика.

В конечном итоге описываемое здесь направление получило твердый фундамент в виде магнитофонной записи аналитических сеансов как с целью исследования процесса и результата лечения, так и, впоследствии, с целью обучения (Thomä, Rosenkötter, 1970; Kächele et al., 1973). Почти через тридцать лет после введения модели Митчерлиха *систематическое исследование отдельного случая* само доказало свою продуктивность. В течение некоторого времени центром дискуссии была методология таких исследований (Bromley, 1986; Edelson, 1988; Petermann, 1982). Подобные исследования клинических случаев удовлетворяют современным требованиям, предъявляемым к проверке психоаналитических гипотез (Weiss, Sampson, 1986; Neudert et al., 1987).

1.4 Приближение к диалогу: магнитофонная и другие виды записи

Идею об использовании технических средств необходимо обсудить очень подробно. Хотя магнитофон фиксирует вербальный диалог, это технологическое «третье ухо» не регистрирует мысли и чувства, не высказываемые вслух и наполняющие смыслами и эмоциями невербальное пространство. На подобный

факт не стоило бы обращать особого внимания, если бы в литературе так сильно не подчеркивался этот недостаток. В конце концов, читая стенограмму или особенно слушая оригинальную магнитофонную запись, можно лучше «услышать» мелодию, которая составляет музыку, чем при чтении публикаций, базирующихся на протоколах. Если аналитик ведет протокол во время сеанса, то он может отвлекаться, а если записывает ключевые моменты после сеанса, как рекомендовал Фрейд, то делает это с большей избирательностью. Выбирая феномены для описания, аналитик следует своей собственной теоретической позиции, и кому понравится видеть, как опровергаются его собственные ожидания и предположения! Не только пациенты получают удовольствие и надежду от подтверждения своих ожиданий. Исследования, направленные на проверку гипотез, тяжелы для всех психотерапевтов, так как неизбежно подвергают сомнению их убеждения и взгляды (Bowlby, 1982). По этой причине нам хотелось решить эту задачу совместно с учеными, не принимающими непосредственного участия в терапии.

После того как старший автор этого учебника (H. Thomä) в 1967 году стал деканом факультета психотерапии и директором психоаналитического института в Ульме, он начал записывать сеансы психоаналитической терапии на магнитофон. В последующие годы эти записи, а также записи, сделанные некоторыми из его сотрудников, составили ядро архива стенограмм психоаналитической терапии, хранящегося в «Ульмском текст-банке», доступ к которому в настоящее время получило огромное число ученых со всего мира (Mergenthaler, 1985).

Прошли годы, прежде чем мы смогли преодолеть предубеждения и в достаточной мере оценить огромную пользу, получаемую от слушания диалогов и чтения стенограмм нашей собственной клинической работы. Борьбу за введение технических средств в аналитическую беседу начал в 1933 году Е. Цинн (Shakow, Rapaport, 1964, p. 138). И хотя эта борьба еще не завершилась, в 1982 году на Международном психоаналитическом конгрессе в Хельсинки Маклафлин впервые упомянул в позитивном смысле о тех возможностях, которые открывает для психоаналитического обучения и практики использование магнитофонной записи анализа.

В противоположность последователям К. Роджерса психоанализ долгое время не использовал эти многочисленные возможности. Многие опасения были связаны с тем, что наличие магнитофона может вызвать эффект, сходный с присутствием третьего лица, то, что пациент «замолчит, как только увидит малейшее присутствие кого-то, к кому он равнодушен» (Freud, 1916/17, p. 18). Однако уже давно известно, что, за небольшими исключениями, пациенты с готовностью соглашаются на

то, чтобы беседа была записана на магнитофон, или обсуждалась в профессиональном кругу, или была предметом научной оценки. Пациенты часто (и справедливо) ожидают терапевтической выгоды от того, что их аналитик уделяет особое внимание их случаю. Конечно, первоначальное согласие пациента на то, чтобы беседа была записана на магнитофон, и его мотивация представляют собой только один аспект проблемы; другим, и решающим, аспектом является то, какое влияние на психоаналитический процесс оказывает записывание на магнитофон. Для проведения сравнительного исследования нужно было бы лечить одного и того же пациента дважды: один раз с записыванием на магнитофон, а другой — без записывания. Тем не менее можно сослаться на целый ряд случаев психоаналитического лечения, которые записывались на магнитофон и в которых не наблюдалось стойкого негативного эффекта. Мы никак не использовали так называемую «технику вторичного прослушивания» (playback technique), но, согласно Роббинсу (Robbins, 1988), пациенты с тяжелыми нарушениями, прослушивая магнитофонную запись своих бесед, достигают терапевтически эффективного уровня «объективизации Я» (Stern, 1970) и способны проработать полученный таким образом опыт.

После того как записывание на магнитофон было признано, мы можем рассматривать его как элемент постоянной структуры, на основе которой интерпретируется все происходящее. Естественно, пациент может отказаться от того, чтобы сеансы записывались на магнитофон. В разделе 7.5 мы приводим примеры подобных случаев; из них видно, что такие события не только можно, но и полезно делать предметом скрупулезного аналитического изучения. В любом случае наш собственный опыт и соответствующая литература показывают логику психоаналитического процесса, и она такова, что в большинстве случаев факт записывания на магнитофон становится в конечном счете чем-то привычным, вроде лежания на кушетке, и только иногда приобретает бессознательное значение. Например, функции Супер-Эго могут быть только приписаны магнитофону и проецироваться на секретаря (как фигуру переноса) до тех пор, пока сохраняются своего рода ожидания наказания. Подобным же образом в ходе анализа всеобъемлющие фантазии, которых пациент стыдится и перед публикацией которых испытывает страх — невротический страх, что, несмотря на анонимность, его можно будет узнать по этим фантазиям, — постепенно теряют силу и перестают нарушать душевное равновесие.

После проработки многие вещи, которые первоначально, казалось, определялись уникальностью личностной динамики, оказываются простыми и свойственными всем людям. Но хотя для многих читателей удивительно, как мало говорит текст психоа-

налитического диалога сам по себе, тем не менее этот текст не является малозначимым. Порой возникают сомнения в том, дают ли дословные протоколы что-то новое. Однако, слушая свой собственный голос или читая протокол, аналитики бывают часто удивлены, насколько их интерпретации далеки от того, какими они должны быть согласно учебникам, то есть ясными и понятными.

Удивительно, как много проблем приходится преодолевать аналитику, когда он дает коллеге для оценивания материалы своей клинической работы (в данном случае застенографированный диалог). Коллеги с большей или меньшей прямотой подтверждают, что на собственную оценку аналитику полагаться нельзя, потому что может существовать значительное расхождение между чьим-либо профессиональным идеалом и реальностью. Магнитофон же является нейтральным воспринимающим устройством, которое ничего не пропустит и не будет избирательным! Кьюби (которому старший из авторов этой книги считает своим долгом выразить благодарность за разрешение использовать магнитофонные записи) в приводимой ниже цитате описывает болезненные переживания, через которые проходит каждый психоаналитик, когда непосредственно сталкивается со своими утверждениями, сделанными в аналитической ситуации:

Когда студент, изучающий психиатрию, или опытный аналитик в первый раз слышит себя как участника беседы или психотерапевтического сеанса, это всегда оказывается для него удивительным и ярким переживанием. Он слышит, как сам или перекрикивает пациента, или порой шепчет тише, чем пациент, или всегда громче, или всегда тише. Или он слышит, как «качается на качелях» с пациентом — говорит громко, когда пациент говорит тихо, и тихо, когда пациент говорит громко. Или с удивлением и испугом слышит в своем голосе проскальзывающие насмешку или сарказм, нетерпение или враждебность, или сверхнежную заботу и соблазняющую теплоту. Или он в первый раз слышит не замечаемые им самим периодические звуки, встревающие, перебивающие речевой поток пациента. Из таких данных терапевт и группа как целое узнают очень многое о самих себе, и о процессе взаимодействия с пациентом, и о том, что́ этот процесс вызывает в них самих: какие непроизвольные и поэтому не поддающиеся описанию паттерны звукового взаимодействия.

Они учатся также следить за собой и с вниманием относиться к мельчайшим ложным забываниям и ложным воспоминаниям, к которым склонно человеческое сознание. На одном из семинаров молодой психиатр сообщил о том, что во время недавней беседы с пациентом последний попросил в какой-то момент выключить магнитофон, пока он будет рассказывать некий особенно болезненный для него материал. Группа обсудила возможные причины этого, основываясь на знании о пациенте из предыдущих семинаров. Затем, чтобы проверить правильность нашего спекулятивного построения, мы попросили психиатра включить запись приблизительно пяти минут беседы, предшествовавших перерыву, а потом — проиграть пять-десять минут записи беседы, последовавших после включения магнитофона. К изумлению психиатра и всей группы, во время прослушивания записи мы обнаружили, что не пациент, а психиатр предложил прервать записывание на магнитофон. У молодого психиатра не возникло

ни малейшего воспоминания о своей роли в этом. Более того, когда мы услышали запинающуюся речь пациента, изменение ее темпа и объема, изменение высоты и тембра голоса, всей группе стало ясно, что интуитивное действие молодого психиатра было верным: он правильно оценил возрастающее напряжение пациента и понял необходимость особого внимания и интимности. В результате этого взаимопонимание с пациентом стало более прочным, чем прежде, и теперь психиатр смог вспомнить о том, что именно пациент предложил продолжить записывание на магнитофон после относительно короткого перерыва и при включенном магнитофоне откровенно и без затруднения продолжил обсуждение материала, который так сильно затрагивал его раньше. Этот эпизод был для группы крайне важен как в отношении самих данных, так и с точки зрения переноса и контрпереноса и стал источником для размышлений и обсуждений в ходе последующих семинаров. Все это невозможно было бы изучить без магнитофона (Kubie, 1958, pp. 233—234).

Трудно переоценить значение этого рассказа. Он открывает нам глаза на всегда существующую опасность редукционизма, присущую сжатому и краткому сообщению.

Часто записи кажутся незначительными по сравнению с воспоминаниями аналитика о сеансе, которые сразу же оживают при чтении текста. Именно богатый эмоциональный и когнитивный контекст придает жизненность словам, которые произносят пациент и аналитик. Читатель, который не принимал участия в беседе, может только догадываться об этом контексте и о многогранном фоне, вновь оживающем при чтении записи аналитиком; читатель может заполнить эти пробелы с помощью воображения и собственного опыта. В традиционном представлении материала случая, в котором обычно содержится меньше первичных данных, это обогащение достигается за счет описательных комментариев автора. Возможно даже использование обобщений, то есть абстрактных концепций, которые всегда присутствуют в клинических описаниях, способствуют созданию у читателя чувства присутствия на сеансе. Эти абстрактные концепции наполняются (как бы автоматически) взглядами и мнениями самого читателя. Если в сообщении говорится о травме или оральной тематике, все мы наделяем это смыслом, основанным на нашем собственном понимании этих или других концепций, что само по себе приводит нас или к одобрению, или к скептическому диалогу с автором.

В частности, записи без комментариев иногда представляют собой довольно странный материал. Нам требуется некоторое время, чтобы привыкнуть к ним. Однако если вы погружаетесь в эти диалоги и имеете дело со своими текстами и текстами других аналитиков, то сможете осознать ценность деталей. Например, контекст проясняет, каким образом пациент понял вопрос и воспринял ли он его как одобрение или как критику. Так, запись вербального текста по крайней мере дает возможность понять, как из звука получается музыка. Для аналитика даже бо-

лее точным методом изучения эмоционального фона является «суммирование» контрпереноса или через определенные промежутки времени, или сразу же после сеанса, или путем ответа на задаваемые ему вопросы после сеанса. В результате независимый наблюдатель получает возможность исследовать теоретические предположения, стоящие за интерпретациями. Предположения об основных мотивах и целях, содержащихся в интерпретациях, будут более достоверными, если запись отражает всю последовательность диалога. Проникнуть еще глубже позволяет метод «думания вслух» — Майер (Meyer, 1981, 1988) его использовал для изучения мыслительных процессов, на основе которых три аналитика сделали определенные выводы. И наконец, прослушивание магнитофонной записи позволяет максимально приблизиться к оригинальной ситуации.

В подробных записях аналитических сеансов отсутствуют как паузы, которые могут быть красноречивыми «комментариями» для каждого из участников, так и описания настроения, которое можно вспомнить при устном представлении случая на клиническом семинаре. Нам бы хотелось задать вопрос, почему музыкантам, по-видимому, легче слышать музыку, читая партитуру, чем аналитикам «оживить» запись сеанса.

Дж. Сандлер и А. Сандлер (Y. Sandler, A. Sandler, 1984, p. 396) считают, что «основной задачей дальнейших исследований является обнаружение причин, по которым записанный материал сеансов других аналитиков часто вызывает ощущение, что они на самом деле плохие аналитики». Отмечая, что «эта реакция слишком часто встречается, чтобы отражать реальность», они задают вопрос: «Может ли быть так много плохих аналитиков?» Это заключение призывает нас увеличить объем представляемого материала, с тем чтобы он был пригоден для изучения. Видимо, до сих пор только плохие аналитики были готовы выложить на стол голые факты — безупречные записи. В примерах, которые приводятся в данном томе, объем представляемого материала значительно увеличен по сравнению с принятым ранее, и мы, естественно, надеемся не пасть жертвами того же приговора. Тем не менее даже плохие примеры могут сослужить хорошую службу и заставить известных аналитиков показать наконец идеальный образец записи диалогов, пригодный для обсуждения. В процессе обучения все стараются найти модель для подражания. Современные великие мастера не должны упускать шанс стать хорошим примером. Безусловно, голые факты вербального диалога не являются последним словом. Отмечая интонации и другие невербальные коммуникации, можно отразить в записях-транскриптах аффекты лучше, чем в традиционных публикациях. Конечно, требуется некоторая практика

для того, чтобы следить за текстом психоаналитических диалогов, содержащих такую закодированную информацию.

Для изучения некоторых вопросов важны видеозаписи, как, например, для изучения выражения аффектов в мимике, интонациях (Fonagy, 1983) и жестах для изучения общей выразительности позы и движения, то есть телесного языка (Krause, Lütolf, 1988). Естественно, что видеозаписи ничего не дают, если нет четкой концептуализации проблемы или точно определенного метода оценки данных. Вот почему видеофильмы, в которых снят весь психоаналитический процесс от начала до конца (Bergmann, 1966), канули в подвалы Национального института психического здоровья и, возможно, уже испортились. Для клинических целей существуют менее сложные и менее дорогие способы регистрации невербальной коммуникации, выражаемой через позу и движение, чем видеозапись пациента, лежащего на кушетке и ограниченного в движениях. Дейч (Deutsch, 1949, 1958) во многих статьях указывал на значение позы и движения, а Маклафлин (McLaughlin, 1987) описал, как он использует в протоколе простые условные обозначения для записи движений пациента на кушетке.

Мы знаем на основе собственного опыта, что записанные психоаналитические диалоги приобретают тем больший смысл, чем больше читатель может представить себе ситуацию и сделать ее более живой, идентифицируясь с действующими лицами и про себя разыгрывая диалоги. Тем не менее существует разница между тем, как это происходит «in vivo» и «in vitro». Когда лечащий аналитик читает свои собственные интерпретации, его воспоминания добавляют важные измерения. Не одно и то же читать драму Шекспира, смотреть постановку сидя в зале или помогать разыграть ее как актер или режиссер. Так как читатель этого руководства будет часто сталкиваться с отрывками из записей, мы предлагаем пытаться разыгрывать текст в уме. Мы считаем, что большинство диалогов может стимулировать читателя к многочисленным воображаемым идентификациям, а следовательно, к многочисленным интерпретациям. Хотя все-таки это не стирает различия между автором текста и тем, кто его воспринимает.

Так называемые голые факты, или сырые данные, всегда опираются на какую-либо теорию, на основе которой наблюдатель объясняет отдельный факт и приписывает ему смысл. Этот постоянный процесс атрибуции ставит под вопрос как возможность регистрации чистых фактов, так и связанное с этим учение о простых ощущениях, которое Уильям Джеймс назвал классическим примером заблуждения психолога. Однако существуют несомненные, твердые факты, которые обнаруживаются, как только мы начинаем считать, что можно обойти законы при-

роды. Боль, которую мы чувствуем после падения, находится в соответствии с законом падающих тел (гравитацией), а не магической верой в нашу неуязвимость и может служить примером, иллюстрирующим фрейдовский принцип реальности. В этом примере совершенно очевидно, что вера наделяется силой, разрушаемой принципом реальности. Признание аналитиком и метафорического и буквального смысла, а также существующего между ними несоответствия дает возможность понять более глубокие уровни записанных текстов. Безусловно, к данному случаю также применимо мудрое библейское изречение: «Ищите и обрящете». Комментарии и обсуждения, приводимые вслед за диалогами, облегчат читателю их понимание.

Детальное изучение дословных протоколов открывает новые подходы на всех уровнях обучения (Thomä, Rosenkötter, 1970). Используя подобные протоколы, можно продуктивно организовать супервизию, особенно в отношении технических приемов и для развития альтернативных форм понимания. По этой причине данной теме посвящен целый раздел (10.1).

Речь идет не о том, чтобы сделать записывание курса лечения на магнитофон обычной процедурой. Мы считаем, что записывание на магнитофон дает определенный опыт обучения, который трудно получить другими способами. Самым главным, с нашей точки зрения, является то, что лечащий аналитик может получить реалистическую картину конкретной терапевтической процедуры; при изучении протоколов, записанных после сеансов, это возможно лишь до определенной степени, так как наша память работает по определенным психологическим законам. Эта ограниченность памяти проявляется постоянно, поскольку в таких протоколах всегда есть пробелы, что доказывают исследования Ковнера (Covner, 1942) и Роджерса (Rogers, 1942). В общепринятой сегодня форме супервизии супервизор старается обнаружить «слепые пятна» кандидата в терапевты, хотя, конечно, обычно они хорошо скрыты в результате действия бессознательных мотивов. Часто можно наблюдать, как участники семинара читают подготовленное сообщение, двигаясь «против течения», то есть стремясь найти другие интерпретации, что говорит о сильной распространенности этой установки.

Если аналитик поставил напротив себя магнитофон и преодолел многие болезненные чувства, неизбежно возникающие при сравнении своих реальных действий с идеальными представлениями, он может целиком и полностью посвятить свое внимание пациенту. Его не отвлекают мысли о том, должен ли он и что именно записать после сеанса, или о том, какие ключевые слова ему нужно отметить во время сеанса. Субъективное восприятие аналитика освобождается от дополнительной ответственности за выполнение, кроме терапевтической, еще и научной функции.

Так или иначе, за аналитиком остается одна независимая функция, которую Хайманн (Heimann, 1969) назвала внутренним монологом, а именно свободное ретроспективное обдумывание психоаналитического сеанса; и очевидно, что это никак не может быть записано. Способ рассмотрения аналитиком своего восприятия и своих мыслей образует его собственное пространство, в котором незаменимую функцию выполняют свободные отчеты; этот вопрос мы изучали на протяжении многих лет совместно с А.Э. Майером (Meyer, 1981, 1988; Kächele, 1985).

Ретроспективно можно сказать, что введение в психоаналитическое лечение записывания на магнитофон было связано с началом критической переоценки терапевтического процесса с точки зрения именно самих феноменов. Это простое техническое средство было и сегодня остается объектом противоречивого отношения со стороны аналитиков; однако те из них, которые активно занимаются исследованиями, согласны, что такое записывание стало важным инструментом исследований (например: Gill et al., 1968; Gill, Hoffman, 1982; Luborsky, Spence, 1978). Критика методологии исследования, шедшая внутри психоаналитических областей, началась в 1950-х годах и первоначально не воспринималась серьезно (Kubie, 1952). Например, Гловер (Glover, 1952) выражал недовольство по поводу недостаточного контроля над собранными данными. Шаков (Shakow, 1960) ссылался на точку зрения (берущую начало в утверждении Фрейда о неразрывной связи), что каждый аналитик является, по существу, исследователем «наивного недопонимания процесса исследования». Эту неразрывную связь на самом деле можно создать только посредством записи на магнитофон, причем до такой степени, что лечащий аналитик, с его личными теориями и их применением в терапии, может стать объектом научного изучения. Это реальное присутствие независимого третьего участника является важным аспектом исследований по проверке гипотез аналитиков. По этой причине Столлер утверждал, что психоаналитический метод не является научным до тех пор, пока отсутствует один важный элемент, который существует в других дисциплинах, признаваемых как науки.

> До тех пор пока наши данные остаются недоступными для других, наши выводы не являются доказательствами. Это не означает, что аналитики не могут совершать открытия, так как научный метод — только один из способов совершения открытия. Но это означает, что процесс аналитического доказательства находится в упадке... Я боюсь, что если мы не станем более точными, то нас не смогут воспринимать всерьез (Stoller, 1979, p. XVI).

Мы думаем, что сегодня скептицизм Столлера необоснован, потому что записывание сеанса на магнитофон дает достоверные данные о вербальном диалоге. Однако мы согласны с Колби

и Столлером (Colby, Stoller, 1988, p. 42), которые говорят, что протокол — «это запись не того, что произошло», а «только того, что было записано». Вербальные данные можно легко дополнить другими, например исследованиями контрпереноса аналитика (см. наши исследования, упомянутые выше).

Так как психоанализ вполне справедливо считает клиническую ситуацию своей вотчиной, дающей клинические данные для проверки теорий, необходимо разработать метод наблюдения, который бы не исключал аналитика из участников наблюдения, а предоставил ему инструменты для верификации своих наблюдений. Гилл (Gill et al., 1968) советовал разделить функции клинициста и исследователя и ввести дополнительные процедуры для систематического наблюдения.

Потрясающая способность Фрейда (Freud, 1912e, p. 113) записывать примеры «по памяти вечером, после работы» не явилась защитой от избирательности и забывания и не дает ни одному аналитику достаточного оправдания при составлении заметок для научных целей только по памяти. Мы должны использовать какую-то форму внешней регистрации данных, чтобы закрепить воспоминания независимо от того, насколько хорошей является наша бессознательная память. Гилл (Gill et al., 1968) указывает на то, что способность к запоминанию развивается в весьма различной степени. И вероятно, невозможно «откалибровать» нашу способность запоминать так, чтобы она была на уровне регистрации данных с помощью механических средств. Психоаналитическое обучение, а в особенности обучающий анализ, способствует развитию апперцепции и избирательности восприятия в соответствии с определенной школой в большей степени, чем это делает сбалансированная и критическая позиция.

В последнее время появились модели, созданные в традициях когнитивной психологии, которые показывают сложную конфигурацию памяти аналитика в отношении конкретного пациента; Петерфройнд (Peterfreund, 1983) назвал их действующими моделями (см. также: Moser et al., 1981; Teller, Dahl, 1986; Pfeifer, Leuzinger-Bohleber, 1986; Meyer, 1988). Описанные в данной книге подходы предполагают, что существует большое разнообразие процессов формирования, сохранения и воспроизведения образа, которые зависят от конкретной личности (Jacob, 1981).

Предложенный Фрейдом метод слушания может облегчить восприятие бессознательных процессов. Проведенные экспериментальные исследования также подчеркивают эвристическую ценность свободного слушания (Spence, Lugo, 1972). Целью данного обсуждения является не переструктурирование крайне субъективного протокола, а признание того, что он имеет огра-

ниченные возможности в отношении исследовательских целей. Для того чтобы можно было делать какие-либо систематические утверждения, необходимо клиническое исследование специфических проблем с целью выявления дополнительных возможностей для наблюдения. Именно это является целью введения в процесс лечения записывания на магнитофон. Это техническое средство воздействует, как и множество других факторов, и на пациента, и на аналитика; однако то же самое относится и к случаям, представляемым кандидатами, проходящими обучение, и к тем последствиям, которые имеет для пациента история жизни аналитика.

Мы считаем, что введение в психоаналитическую ситуацию исследовательского момента сразу приносит пациенту пользу, так как возникающие научные вопросы дополнительно могут стимулировать аналитика. Таким образом, чтобы лучше подготовить читателя к изучению протоколов, мы вернемся к упомянутым выше вопросам. Мы все привыкли к тому, что факты представляются в свете определенных теорий. В противоположность этому протоколы вызывают ощущение одноразмерности: интерпретации аналитика и ответы пациента автоматически не отражают скрытые структуры восприятия и мышления. Хотя типичные интерпретации показывают то, к какой школе принадлежит аналитик, мы не можем просто смешать в одну кучу его утверждения и теоретическую позицию. В традиционной форме представления случая феномены объединяются в психодинамическую структуру, которая удовлетворяет сразу нескольким целям. Читая хорошее сообщение, никто не спрашивает, сохранены ли в нем слова пациента в первоначальной форме или они стали соответствовать всему остальному после проделанной интерпретативной работы. Требовать тщательного исследования когнитивного процесса и согласованности структуры, а также выделения в структуре составных частей означает возврат в кабинет аналитика, так как в обычных протоколах все это будет отражено только в слабой степени. Однако это способ представить себе приблизительно, что́ делает аналитик для выполнения насущной задачи, то есть для того, чтобы клиническая психоаналитическая практика смогла стать предметом изучения. В этом смысле магнитофонная запись представляет собой «независимого наблюдателя» (Meissner, 1989, p. 207). Такой наблюдатель является необходимым условием для изучения тезиса Сандлера о том, что психоанализ — это то, что делают психоаналитики.

Прежде чем закончить эту главу, мы еще раз хотим упомянуть некоторые простые факты. Читать неотредактированный протокол сеанса довольно трудно. Мы убеждены, что потери лингвистической точности сто́ят дидактической пользы. Тексты

должны иметь определенную лингвистическую форму, чтобы привлечь клинически ориентированных читателей к участию в описываемых процессах.

В письменной форме можно только приблизиться к сложным процессам взаимодействия. Наша линия аргументации указывает, на какую именно форму протоколирования мы будем опираться прежде всего. Мы будем также обращаться к заметкам и протоколам, сделанным аналитиками. В соответствии с нашей основной идеей мы будем, как правило, обходиться без пространного биографического предисловия к эпизодам из хода лечения. Мы хотим показать, что можно прокомментировать фундаментальные принципы терапевтической деятельности без детального описания биографии пациента. И соображения, и терапевтический опыт свидетельствуют о том, что смысловые структуры, играющие причинную роль, остаются постоянными во времени, по крайней мере в области симптоматики. Стойкие клише являются основой для навязчивого повторения. Чтобы понять процессы, происходящие «здесь-и-теперь», не всегда нужно прибегать к детальным описаниям предшествовавших биографических событий.

2 Перенос и отношения

Введение

Названия разделов в этой главе не соответствуют в точности таковым во второй главе первого тома, содержащей систематический исторический обзор проблемы переноса и отношений. Как бы важно ни было проиллюстрировать концепции соответствующими примерами, нельзя упускать из виду и то, что концепции не живут собственной жизнью, а скорее ставят акценты на существенных связях в цепи событий. Поэтому представляется логичным рассматривать некоторые примеры переноса с точки зрения сопротивления (см. гл. 4).

В данном введении мы ограничимся несколькими словами об основных проблемах. Первоначальной целью анализа является создание «помогающего альянса» (Luborsky, 1984); когда эта цель достигнута, психоаналитический процесс начинает определяться взаимодействием переноса и рабочего альянса (разд. 2.1). Вклад аналитика в создание благоприятных условий для изменений для нас представляет особый интерес. Очевидно, что мы выбрали примеры из первичной фазы терапии, так как именно в этой фазе пациент старается приспособиться к странной и непривычной для него ситуации. Надежду пациента на то, что аналитик поможет ему лучше справляться с его жизненными проблемами, питает опыт, получаемый в аналитической ситуации.

Взаимосвязь рабочего альянса и переноса подробно описывается в разделе 2.2, а идентификация пациента с психоаналитиком и его функциями проиллюстрирована подробным примером в разделе 2.4.

Специфической чертой психоаналитической теории переноса является момент воспроизведения в переносе прошлого опыта (разд. 2.3). Чтобы оправдать свое название, эта теория должна выявить, какие ранние интернализованные отношения оживают и переносятся на аналитика. Поэтому мы говорим об отцовском, материнском, сестринском (или братском) переносе и подразумеваем под этим актуализацию конфликтов и/или неудовлетворенных желаний и потребностей, которые связаны с

прототипическими образами этих лиц и которые превратились в «клише» (в том смысле, в котором Фрейд употребляет этот термин).

Можно выделить другой аспект этого вопроса, установив соотношение между конкретным содержанием переноса и типичными формами тревоги; естественно, при этом должен учитываться контекст, в котором возникает тревога. Как мы подчеркиваем в разделе 9.1, для того чтобы понять тревоги пациента как в переносе, так и вне его, нужно хорошо знать психоаналитическую теорию тревоги.

Примеры, иллюстрирующие техническую сторону соотнесения прошлого и настоящего, встречаются во многих местах данного руководства, поскольку движение по временной оси вперед и назад образует основу всех интерпретаций переноса. В качестве теоретического введения мы рекомендуем прочитать раздел 8.4 первого тома и надеемся, что приводимые примеры помогут направить в более продуктивное русло продолжающуюся дискуссию об интерпретациях переноса, относящихся к настоящему и прошлому. Вопрос о том, как должны сочетаться и соотноситься ретроспективные интерпретации переноса («тогда-и-там») и интерпретации переноса, относящиеся к настоящему («здесь-и-теперь»), чтобы был достигнут максимальный терапевтический эффект, носит явно эмпирический характер. Мы проводим такое разграничение для того, чтобы иметь описательные определения, хотя это подчеркивает также связь между настоящим и прошлым, которая благодаря феномену повторения привела к созданию психоаналитической теории переноса. Определения «ретроспективный» и «относящийся к настоящему времени» (к реальности) обычно не употребляются в психоаналитической литературе, и поэтому мы, соответственно, должны обосновать введение этих определений. Интерпретации переноса, направленные на происходящее «здесь-и-теперь», требуют от аналитика обстоятельного описания, указывающего на аналогию с ним самим или с психоаналитической ситуацией или на то, что он отталкивается от уровня проявлений. Причины, вызвавшие нечто в настоящем («здесь-и-теперь»), ничего не говорят о том, насколько это настоящее переживание связано с прошлым. Одним из вытекающих отсюда последствий является то, что интерпретации происходящего «здесь-и-теперь» не могут быть просто скопированы по образцу типа: «Сейчас вы имеете в виду меня» (см.: Ferenczi, 1926, p. 109), который, вероятно, восходит к Гроддеку (Groddeck, 1977). Эту тему мы подробно обсуждаем во введении к четвертой главе.

То, что мы называем ретроспективными интерпретациями переноса, знакомо читателю под названием «генетические интерпретации» (genetic interpretations). Какое же существует ос-

нование для введения нового термина, если мы твердо придерживаемся старого принципа Оккама: «Entia non sunt multiplicanda praeter necessitatem»[1]? Хотя мы и сомневаемся в необходимости дальнейшего увеличения числа психоаналитических понятий, тем не менее полезно ввести термин «ретроспективная интерпретация переноса»; теоретически это лишь в небольшой степени обременительно, в то время как генетические интерпретации переноса (genetic transference interpretations) предполагают реконструкцию психогенеза и способны объяснить поведение и опыт в настоящем с указанием их причин. Гораздо менее претенциозно оглянуться и посмотреть на предшественников, чем проследить определенные переносы до их причин в детстве. Ретроспективные интерпретации переноса принимают всерьез принцип ретроспективной атрибуции (Nachtraglichkeit) (см. разд. 3.3; Thomä, Cheshire, 1991).

Вряд ли какая-нибудь другая тема возбуждает такие же сильные чувства, как спор об интерпретациях переноса. Хотя эта дискуссия тоже имеет отношение к вопросу о терапевтической эффективности, ожесточенная полемика (поскольку она не подогревается профессиональными политиками), вероятно, возникает из-за различий во взглядах на психоаналитический метод (Fischer, 1987). Смысл социальной концепции переноса Гилла (Gill, 1984), если оставить в стороне некоторые преувеличения (которые признает и сам автор), сводится к следующему. Необходимо исходить из того факта, что элемент влияния присутствует в любом взаимодействии между людьми. Соответственно, в интерпретациях переноса есть две стороны: они действуют внутри сферы (взаимного) влияния и переводят его на новый уровень.

Для того чтобы аналитик смог проинтерпретировать перенос в рамках помогающего альянса — независимо от конкретного содержания, формы и типа интерпретации, — важно, чтобы он не нарушал определенные границы взаимодействия. Соломоново решение, принятое Гиллом (Gill, 1984), поддерживается всеми, потому что психоаналитический метод явно требует определенных рамок. Мы отсылаем читателя к нашему обсуждению роли правил в седьмой главе первого тома.

Читатель имеет возможность проследить и в определенном смысле даже пересмотреть наши протоколы и записи лечения с точки зрения интерпретации переноса. Он, несомненно, обнаружит множество слабых мест, за которые ответствен аналитик или которые мы упустили. В сегодняшнем психотерапевтическом буме можно найти более чем достаточно отталкивающих примеров таких нарушений границ, которые приводят к невоз-

---

[1] Не умножать сущности без необходимости *(лат.)*.

можности терапевтически эффективно интерпретировать перенос и которые следует рассматривать как злоупотребление положением и как нарушение врачебных и этических норм. Мы не хотим ничего добавлять к этим примерам.

Однако в чем же заключаются разногласия — обычно ускользающие от внимания — в дискуссии об интерпретациях переноса, возникающего «здесь-и-теперь», и ретроспективных интерпретациях переноса? Дж. Сандлер и А. Сандлер (J. Sandler, A. Sandler, 1984), выступая в роли спасательной службы, считают, что эти разногласия можно разрешить введением новой концепции «бессознательное настоящего» (present unconscious). В соответствии с этой концепцией интерпретации переноса, подчеркивающие происхождение происходящего сейчас, направлены к бессознательному настоящего. При этом данное концептуальное нововведение расширяет традиционное уровневое разделение бессознательного. Если не учитывать некоторые терминологические тонкости, то реальные различия между предсознательным и бессознательным настоящего незначительны. Действительно, страстные доводы Гилла в защиту интерпретаций переноса, возникающего «здесь-и-теперь», направлены в первую очередь на предсознательные восприятия пациента, и он рекомендует исходить из их истинности.

Дело заключается не просто в том, что оба, и пациент и аналитик, вносят вклад в отношения, дело в том, что оба они вносят вклад в перенос. Более того, в противоположность привычной абсолютистской позиции социальная концепция переноса основывается на релятивистском взгляде на интерперсональную реальность. Перенос не только создается всегда обоими участниками; у каждого из них есть свои собственные обоснованные, хотя и различные, взгляды на него. Хоффман и я выступали за отказ от привычной психоаналитической точки зрения о том, что можно разделить интерперсональный опыт в целом и опыт в аналитической ситуации в частности на соответствующий действительности и искаженный. В противоположность этому мы рассматриваем интерперсональный опыт как всегда имеющий определенную степень правдоподобия (Gill, 1984, p. 499).

Эта жесткая социальная концепция, разделяемая также Столороу и Лахманном (Stolorow, Lachmann, 1984/85), требует того, чтобы аналитик осознавал свою позицию в вопросе о реальности и соотносил бы ее с пациентом. Подчеркивание истинности направлено против *дихотомии* между реальным или реалистическим опытом, с одной стороны, и искаженным опытом (как традиционным определением переноса) — с другой. Вследствие этого невозможно дать точное определение и так называемого искажения, то есть отклонения от реалистического восприятия действительности. Поэтому такое искаженное восприятие распространяется на широкий спектр явлений. Эта точка зрения имеет далеко идущие последствия для нашего понимания интерпретаций переноса. *Два участника* должны иметь дело с «сиг-

налами: воспринимаемой гранью переноса» (Smith, 1990). Задача является простой, если пациент сам оценивает восприятие, переживание или манеру поведения как явно патологические и аналитик согласен с этим; тогда для того, чтобы достичь изменений, к которым стремится пациент, каждый может начать исследование, решая свои собственные задачи. С точки зрения терапии дело, конечно, заключается не в том, чтобы вести абстрактную дискуссию о границах нормы, и не в том, чтобы постоянно обсуждать расхождения во взглядах с целью их преодоления. Мы просто хотим подчеркнуть, что выяснение, где в психоаналитической ситуации реальность может быть искажена, является делом двух участников: пациента и аналитика. Более того, пациент и аналитик живут не одни в своем собственном мире, а в многоуровневой социокультурной реальности, где существуют некие общие ценности, хотя и не имеющие нормативной силы для частной жизни индивида. Таким образом, совместное определение пациентом и аналитиком некоего континуума зависит от того, какие социальные нормы и взгляды разделяет каждый из них.

Из социальной концепции переноса вытекает также признание того факта, что аналитик оказывает очень сильное личное влияние на пациента. Фрейд подчеркивал факт этого влияния, говоря при обсуждении о технике внушения в буквальном смысле слова. Однако и Фрейд тоже предпринял неудачную попытку использовать свод психоаналитических правил для получения неискаженных данных. Его понимание разрешения переноса было попыткой разрушить суггестивную власть могущественных в детстве и возрожденных в анализе фигур. Эта ориентация на прошлое способствовала нашему пренебрежению к оценке того огромного влияния, которое аналитик оказывает на настоящее, и к реальному генезу всех психических проявлений, включая симптомы. Для решения клинических и научных психоаналитических проблем прежде всего необходимо исходить из того, что влияние аналитика неизбежно приводит к контаминации наблюдаемых феноменов. Это означает, что все психоаналитические данные необходимо изучать с точки зрения вклада в них аналитика (Meissner, 1989; Colby, Stoller, 1989).

2.1 Терапевтический альянс и невроз переноса

2.1.1 Стимулирование помогающего альянса

В первоначальной фазе терапии аналитик может существенно помочь пациенту привыкнуть к необычной ситуации. Создание в самом начале надежды и помощь в развитии непривычных

умений не равнозначны внушению зависимости и иллюзий. Укрепление терапевтического альянса и развитие переноса могут усиливать друг друга. Если формируется «помогающий альянс» (Luborsky, 1984), то соответственно усиливается и «рабочий альянс» (Greenson, 1967), и перенос. Тогда уже на раннем этапе можно продемонстрировать пациенту невротический характер его поведения и переживаний и главным образом возможность изменения, существующую, несмотря на все ограничения.

В начальных интервью Эрна Х сказала мне, что страдает от многочисленных невротических симптомов, в том числе еще с детства от нейродермита. Ее друзья порекомендовали ей обратиться ко мне. Из книг она кое-что знала о своем заболевании. Внешние и внутренние обстоятельства делали возможным непосредственно перейти от интервью к терапии. Я сформулировал основное правило в соответствии с рекомендациями, данными в первом томе: «Пожалуйста, постарайтесь говорить все, что вам приходит в голову, или то, что вы думаете и чувствуете; это поможет терапии».

Эрна Х начала с изложения давно существовавшей проблемы, о которой она уже упоминала в начальных интервью, а именно о своих сомнениях в отношении к четвертой беременности. С одной стороны, она очень хотела иметь еще одного ребенка, с другой — было много аргументов против. За время, прошедшее с момента начального интервью, она прошла обычное очередное обследование и заметила морщины на лбу у гинеколога, как раз когда говорила о своем желании иметь четвертого ребенка. Она упомянула о своих смешанных чувствах. Отвечая на вопрос о том, что бы она решила, основываясь на чувствах, она сказала, что ее эмоции говорят совершенно определенно «да», а разум говорит «нет».

А: У меня такое впечатление, что вы колеблетесь. Вы хотите оставить все на волю случая, чтобы избежать принятия решения.

Комментарий. Это утверждение отражает тенденцию не полагаться на волю случая.

П: Я сейчас совершенно готова к тому, чтобы иметь четвертого ребенка. Когда я хожу и смотрю на витрины, я ужасно радуюсь, думая, что могу купить вещи для малыша. Но, имея четверых детей, мне придется оставить работу. Я просто физически не смогла бы работать.

Эрна Х рассказала, что нечто подобное было, когда она делала анализ на аллергию. Ей потребовалось собрать в кулак всю волю, чтобы прервать обследование, хотя она просидела в очереди много часов. Она пожаловалась на то, что врач неохотно

предоставлял ей информацию. Оказалось, что обследование нужно было повторить еще три раза, но она не могла каждый раз посвящать этому полдня. Она была довольна своей смелостью: «Смелость превратилась в злость. А когда я злая, я могу быть смелой».

Пациентка говорила о своей пунктуальности и о том, что ее мучает совесть, когда она оставляет детей одних. Основной темой было то, что, когда она попадает в ситуации, где ее поджимает время, напряжение увеличивается и в дополнение к кожным симптомам ситуативно поднимается давление.

Я провел аналогию с сеансом: в связи с нашей встречей она чувствовала все большее и большее напряжение. Пациентка отметила разницу: с терапией у нее были связаны определенные ожидания, а с медицинским обследованием — нет.

Дальше Эрна X говорила о сильном страхе покраснеть: «Я часто краснею до корней волос». Я сформулировал более определенно, что она, очевидно, страдает от страха стыда. Пациентка подтвердила, что знает об этом. Она сказала, что стыдится всего, что имеет отношение к сексуальности: «Как только подумаю о своем страхе, сразу краснею».

Страх пациентки по поводу своей незащищенности послужил толчком к появлению симптомов и привел типичным образом к их вторичному усилению. Я проинтерпретировал это, сказав, что все чувства, которые первоначально были причиной ее покраснения и страха, отсутствуют и поэтому важно установить, какие темы стоят за страхом стыда.

Тогда Эрна X сказала, что у нее дома не говорили о сексуальных вопросах и никогда ничего ей не объясняли. Когда рассказывали какую-нибудь шутку, она не была уверена, должна ли она смеяться или нет. Она описала позорную для себя ситуацию, когда сидела на работе перед новичками и сильно покраснела. Она была раздосадована на себя и воскликнула: «Какая я дура!» Именно на работе ее страх покраснеть был особенно сильным. Я вернулся к тому факту, что, если у нее родится четвертый ребенок, она станет больше времени проводить дома и это будет меньше тяготить ее.

Во время беременности она чувствовала себя хорошо. После рождения первого ребенка даже с кожей было все в порядке, и она принимала только кортизон в небольших количествах. Она сравнила себя в молодости с современными 15 — 16-летними беззаботными девушками и сказала: «Какие мы были глупые!» Я описал ее состояние по отношению к другим ее проблемам: то, что она должна была все время ходить с нечистой совестью, создавало все возрастающие ограничения. Пациентка заметила, что годами она молилась о том, чтобы родители ничего не узнали о ее проделках. В доме всегда главным считалось то, чтó мо-

гут подумать другие люди. Теперь же ее мать больше всего беспокоило, чтобы кто-нибудь не узнал о визитах дочери к аналитику.

Здесь вполне уместно было проинтерпретировать ее собственную тревогу как интернализацию ценностей ее матери и попытаться неявным образом поддержать ее независимость. Далее речь зашла о том, не для того ли пациентка сама придерживается таких вглядов, чтобы угодить матери. В отличие от матери у нее была позитивная установка по отношению к терапии, которая, по ее словам, уже помогла ей: «Мне нравится ложиться на кушетку. По дороге сюда я думала: "Мне так хорошо, когда я могу расслабиться"». Она сказала, что не может никак лучше организовать свое время. Я спросил про ее рабочий график, и она рассказала, какое давление она оказывает на саму себя, считая, что она всегда должна добиваться большего и большего. Мы говорили о том, как ей трудно приспособить и изменить план, то есть о навязчивости планирования. Она реагировала следующим образом: «Тогда все развалится на части и сразу вернутся кожные симптомы».

Потом мы обсудили с ней реальные возможности найти кого-нибудь, чтобы помочь ей по хозяйству. Эрна X уже интересовалась этим вопросом. Ее мучила совесть из-за детей. Сейчас ей надо было продержаться еще несколько недель, и она думала, не сможет ли ее выручить соседка. Зашла речь о плате соседке, и в этом контексте мы говорили о денежных делах в семье. Мнения ее и мужа во многом отличались, и она чувствовала себя довольно неуверенно, когда он ее критиковал.

Стало очевидно, что она очень серьезно воспринимает критику. Во время замужества Эрна X стала даже более неуверенной в себе и самокритичной. Ее муж считал, что вся ситуация — ее проблема, это раздражало ее, и она была рада возможности хоть здесь поговорить об этом. Было ясно, что Эрна X ждет поддержки в спорах с мужем.

Я прервал длительное молчание, спросив ее, не раздражает ли ее это молчание. Не ждет ли она, что что-то произойдет? Она ответила, что размышляла и просто ждала перед тем, как продолжить, хотя мысли уже ушли дальше.

Здесь я объяснил, что могу сказать что-то сам, если считаю, что это будет полезным в данный момент, и попросил пациентку и дальше свободно говорить все, что ей приходит на ум. А потом поинтересовался, не казалось ли ей в каких-либо других ситуациях, что она слишком много говорит и не дает другим вставить ни слова. Она сказала, что в личных беседах довольно сдержанна, намекая на различие между «здесь» и «не здесь», то есть между аналитической ситуацией и жизнью вообще.

Когда она ждет мужа, она думает обо всем, что произошло за день. Но если он звонит и говорит, что задерживается, то все прекращается, а если он приходит вовремя, то обычно не хочет разговаривать. Иногда она все-таки говорила что-нибудь, но это до него не доходило. Разговор редко получается приятным, если кто-то из них разоткровенничается. Иногда она звонит подруге, чтобы излить душу. И ее удивляет легкость свободного общения в аналитической ситуации.

Потом мы обсудили различие между «здесь» и «не здесь». Я обратил внимание на то, что в обычной жизни люди иногда задают вопросы, иногда получают ответы, в то время как в психоанализе я иногда не поддерживаю разговор. Дальше мы говорили о том, не вызывает ли у пациентки разочарования то, что иногда я не поддерживаю разговор и молчу.

Далее мы перешли к обсуждению того, каким образом основное правило психоанализа оказывает поддержку. Если пациентка будет следовать этому правилу, то, конечно, некоторые аспекты нашего диалога могут показаться ей странными и в силу своей необычности вызывать неуверенность. Я подчеркнул, что это не я хочу ее заставить чувствовать себя неуверенно, неуверенность может возникать как непроизвольный побочный эффект. Эрна X поняла, что, если возникает пауза, она может продолжать говорить.

Она подхватила слово «неуверенность» и заметила, что говорит уже сама с собой и после того, как сеанс кончается. Например, после прошлого сеанса она продолжала думать о всякого рода изменениях. Из-за неуверенности в себе она звонит мужу, когда затрудняется принять решение, — даже если лучше его знает, о чем идет речь.

П: Я избегаю принимать решения по самым простым вопросам. Это еще одна сторона моего стремления подлаживаться к матери.

А: Это связано с представлением о том, что все тайное становится явным?

П: Да, у меня всегда было такое чувство, что так или иначе до матери все дойдет и она рано или поздно узнает, и, конечно, часто так и случалось. И в самом деле, она часто оказывалась права.

Муж ругал ее за то, что она всегда ориентировалась на мнение матери. Но с ним редко можно было поговорить; и за это *она* ругала *его*. Эрна X подчеркнула, что, за редкими исключениями, она склонна слушаться мать.

Ее сын Якоб научился ругаться в детском саду, и ее мать пришла в ужас, когда услышала это. Эрна X сказала, что если бы она произнесла нечто подобное, то мать просто отшлепала бы ее. Но своих детей пациентка защищала от морализирования

матери. Через идентификацию со своими собственными детьми Эрна X была способна прямо выразить свое право на независимость.

Комментарий. Мы выбрали этот сеанс, относящийся к начальному периоду нашей работы, из тех соображений, что он наглядно демонстрирует типичное смешение различных элементов, образующих структуру помогающего альянса.

2.1.2 Поддержка и интерпретация

На следующем примере мы хотим показать, что интерпретация сама по себе может оказать поддерживающий эффект. Поддерживающий аспект психоаналитической техники особенно сильно проявляется тогда, когда интерпретация дает пациенту надежду на то, что он может справиться с трудностями. Установление помогающего альянса посредством анализа переноса происходит в контексте интерпретаций. Создание базового доверия является целью работы, особенно на начальном этапе. Хотя в разных видах психотерапевтической техники (например, психоанализ, экспрессивная или поддерживающая психотерапия; Wallerstein, 1986) необходимо различать различные терапевтические элементы, их соотношение и сочетание, здесь мы хотели бы подчеркнуть поддерживающие аспекты психоаналитической интерпретации как таковые.

Даниель Y многие годы страдал от ипохондрических страхов и невротической тревоги, возникающей по разным поводам. В частности, его мучил страх сойти с ума. По некоторым причинам ему было очень трудно решиться подвергнуться терапии. Кроме того, он узнал кое-что про бихевиоральную терапию. А поскольку он не только страдал от своих симптомов, но и чувствовал себя отрезанным от истории своей жизни и почти совсем не помнил себя в доподростковом возрасте, то считал, что ему требуется психоаналитическая помощь. Даниель Y настолько сильно страдал от приступов страха и чувства отделенности от своих корней, что отмел в сторону все возражения против психоанализа.

Он был очень удивлен тем, какой ход приняло лечение. Не было ни молчащего психоаналитика, ни мучительного усиления симптоматики, чего он боялся больше всего. Он слышал (и даже наблюдал это на своих друзьях), что в начале психоанализа происходят негативные изменения и что улучшение обычно наступает только после прохождения через много промежуточных фаз и после разрешения конфликта. То, что аналитик не заставлял Даниеля Y произносить монологи и сам делал кое-какие

комментарии, воспринималось как поддержка и отличалось от его ожиданий. Поступая таким образом, я следовал терапевтическому принципу создания наилучших условий для преодоления более ранних травм, полученных пассивным путем. Такой терапевтический подход помогает пациенту в первый раз выразить словами свою отчаянную беспомощность перед всемогущими воздействиями в прошлом и в настоящем и каким-то образом справиться с этим. Мы оба, и я сам и пациент, столкнулись с интенсивностью его аффектов, в частности плача. Мое молчаливое спокойствие помогло ему удерживать в определенных рамках чувство стыда за свои детские переживания, которые находились в полном контрасте с его успешной карьерой.

В общем и целом в терапии образовался хороший баланс между регрессивным погружением в аффективные переживания и рефлексивным диалогом.

Из-за приступов панического страха, которые возникали главным образом в маленьких помещениях, частые деловые поездки превращались для Даниеля Y в пытку независимо от того, ехал ли он в машине, поезде или летел на самолете. Он был удивлен тем, что всего через несколько недель нашей работы стал чувствовать себя гораздо лучше и смог уже совершать длительные поездки, не испытывая никакой тревоги. Одну из причин такого улучшения я вижу в том, что пациент приобрел некоторую уверенность, а следовательно, и надежду. В этом плане улучшение можно рассматривать как лечение переносом в более широком смысле слова. Другой причиной улучшения было то, что пациент уже неоднократно ощущал, что, несмотря на свою беспомощность и бессилие, он отнюдь не был беспомощным и пассивным по отношению к испытываемому напряжению и что на самом деле он мог активно противостоять давнишним травмам и тому, что оживляет их в настоящем.

Я не считал нужным говорить пациенту о своих предположениях касательно этих двух аспектов терапии. Через какое-то время Даниель Y должен был на неделю поехать за границу, и это его пугало, так как в течение последних лет он всегда испытывал панический страх во время полетов. Принимая во внимание предстоящую поездку, я решил сделать поясняющий комментарий, который, как я ожидал, должен был успокоить пациента. Я напомнил о том, что ему уже удалось несколько раз успешно съездить на машине и в поезде и что это произошло потому, что он перестал чувствовать себя во власти неподконтрольных вещей и явно снова мог быть уверенным в себе. Я хотел, чтобы пациент осознал расширение сферы своих действий и почувствовал себя более уверенным. Мои слова взволновали его. Внезапно он сильно расплакался, из-за чего мы не смогли продолжить разговор. Я был не очень доволен, когда он ушел,

зная по опыту, что не стоит заканчивать сеанс, не обсудив сильный аффект. Хотя, с другой стороны, у меня возникло впечатление, что Даниель Y почувствовал себя более уверенно и в силу этого сможет справиться со своими чувствами.

На следующий сеанс Даниель Y пришел в отличном настроении. Против всяких ожиданий, он не испытывал никакой тревоги в самолете. Он кое-что слышал о психоаналитических правилах, поэтому его интересовало, была ли допустима поддержка с моей стороны. В то же время он был поражен тем, что я решился на такое и рискнул делать такого рода прогноз. Более того, он думал о том, что его доверие ко мне как к профессионалу могло бы сильно пострадать, если бы у него возник рецидив. Тогда я постарался объяснить пациенту, что рисковал обдуманно и поэтому не действовал непроизвольно и не предлагал ничего случайно. На самом деле Даниель Y забыл, что я учитывал его возросшую уверенность в себе, когда обосновал себе предположение о том, что он *мог бы* путешествовать, не испытывая тревоги.

Будучи хорошим ученым, пациент стал все больше и больше интересоваться факторами излечения. На одном из более поздних сеансов произошел разговор, снова закончившийся сильной аффективной вспышкой, которую я и хочу сейчас описать.

Даниеля Y волновало, что, несмотря на свой интеллект, он не мог понять причин исчезновения тревоги. Он явно хотел узнать что-либо о том, как произошло улучшение. В своей профессиональной сфере, чтобы удостовериться в чем-либо или исправить ошибки, он так и поступал — изучал причины явления. Пациент казался успокоенным тем, что я с вниманием отнесся к его интересу по поводу того, какие факторы были терапевтически важными, счел этот интерес естественным и сказал, что он имеет право знать. Он ожидал, что я обойду этот не высказанный прямо вопрос или просто не буду отвечать. Внезапно он стал очень раздраженным и взволнованным. В этот момент я смог ему объяснить внезапное появление тревоги. Он хотел бы узнать у меня больше, но боялся подойти к этому ближе. Он испытывал очень амбивалентные чувства, надеясь, что я не двигаюсь вслепую, но в то же время завидовал моим знаниям и спокойствию, с которым я воспринял его замечание о том, что он боится, что я, может быть, действительно бреду в темноте.

Наше неравенство и тот факт, что я знаю о нем так много, напомнили ему детское чувство бессилия и ощущение отверженности. Его подбодрили несколько моих комментариев о причинах его тревоги, не умаляющих интенсивности его чувств. Внезапно пациента охватил приступ ненависти к «дяде», который занял место его отца и которого мать велела слушаться. Его просто трясло от ненависти и связанной с этим тревоги. Мои

слова убедили его в том, что это имеет отношение к его переживаниям во время сеанса. Этот сдерживаемый критицизм по отношению ко мне и то, как я на него реагировал, давали пациенту уверенность в себе, достаточную для того, чтобы справляться с сильными аффектами.

Эдипов источник напряжения стал настолько очевидным в тот момент, что стоило попытаться проработать его. Примечательно, что, хотя он в то время и победил «дядю» (отвоевал его другую любовницу после того, как мать развелась с ним), в нем тем не менее сохранилось глубокое ощущение своей неполноценности, даже физического дефекта, и возникли ипохондрические страхи, связанные с сердцем. Несколько позже он смог побороть стыд и сказал, что, пока в конце концов он не убедился в своей сексуальности, его очень угнетало отсутствие эякуляции при мастурбации. Страх перед собственной эдиповой агрессией, доставлявшей удовольствие, был еще одной причиной скованности и сопровождавших ее функциональных расстройств. Это в свою очередь усилило чувство неполноценности, несмотря на успехи в профессиональной области.

2.1.3 Общая почва и независимость

В систематических исследованиях Гилла и Хоффмана (Gill, Hoffman, 1982) было показано, что в переносе имеют значение и реальные моменты. Авторы полагают, что исходить надо из того, что восприятие пациента не лишено реальных оснований. Часто достаточно просто признать, что некое наблюдение относительно аналитика или его кабинета правдоподобно. Но нередко бывает необходимо дать более глубинное объяснение, и оно не может основываться только лишь на фантазиях пациента. Общие проблемы техники лечения с этой точки зрения мы обсуждали в разделах 2.7 и 8.4 первого тома. Следующий пример иллюстрирует соответствующие этапы в технике.

Мы хотим обратиться к обмену мыслями, который произошел на 61-м и 62-м сеансах с Артуром Y, и привести некоторые цитаты, чтобы показать значение признания реальности происходящего в ситуации «здесь-и-теперь». Метафоры, которые употребляет пациент, очень хорошо характеризуют его настроение.

Это были два сеанса перед длинным перерывом на отпуск. Мы говорили о любопытстве пациента; своими интерпретациями я косвенно возбудил его любопытство. Это привело пациента к воспоминанию о том, как однажды раньше он подавил свой интерес ко мне. «Тогда я не решился спросить, и даже сейчас мне это нелегко. — И сразу объяснил причину этого: — От моего

предыдущего терапевта я получил бы не ответ, а встречный вопрос: "Да, а почему вас это интересует?" А когда такие встречные вопросы задают часто, то больше не возникает желания спрашивать».

Артуру Y было интересно узнать, где я провожу отпуск. Когда-то раньше я давал ему адрес.

Артур Y говорил о большой и хорошо известной лыжной трассе, которая знакома и мне. Он не сдерживал своего любопытства и рискнул задать вопрос, которого раньше избегал. Решающее значение имел мой уклончивый ответ на вопрос о том, спускался ли я уже по этой трассе. Я сделал лишь общее неопределенное замечание: «В Ульме все знают эту часть Альп, эти горы в Альгеу».

Только на следующем сеансе последствия моего отказа отвечать стали ясны и, что еще важнее, стали доступны корректировке. Вначале казалось, что Артур Y полностью удовлетворен моим ответом. Но в примерах из прошлой терапии, которые он приводил, отразилась его мимолетная подсознательная фрустрация. Он вспомнил важную метафору: образ улитки, которая высовывает свои рожки; как только вы к ним прикасаетесь, она прячется к себе в раковину. «Точно так же я вел себя с ними [предыдущими терапевтами]». А потом он вспомнил противоположный улитке образ огромной собаки, показывающей зубы. «Ее лучше не трогать, а то палец откусит».

Было очевидно, что пациент описывает самого себя как улитку, а аналитика — как злую собаку, которую нельзя провоцировать, задавая вопросы. На следующем сеансе пациент скорректировал свое предположение. В первой трети часа создалась хорошая атмосфера, потому что мне удалось успокоить его; он волновался из соображений предосторожности — информация передается страховой компании[1] и т.п. И теперь пациент чувствовал достаточную уверенность, чтобы снова вернуться к некоторым вопросам. Говоря о собаке, он пожаловался: «Побыть бы мне хоть раз собакой и полаять...» Я высказал соображение, что, согласно его замечанию, не его укусили, а он кусается. Он признал, что мое мнение не совсем неверно. Умерив, таким образом, критику и приведя меня, так сказать, в дружеское расположение духа, он вспомнил чувство отвержения, которое испытал, услыхав мой уклончивый общий ответ о лыжной трассе. Он сказал, что моя уклончивость подействовала на него как красный свет — «Лучше больше ничего не спрашивать», — после чего я намекнул на палец, укус, ярость объекта и отступле-

---

[1] В Германии психоаналитическое лечение оплачивается страховкой, и потому психоаналитик передает материалы сеансов в страховую компанию. — *Ред.*

ние (улитка). Пациент дал понять, что для него это внутреннее отступление означало поражение и породило мстительные чувства.

Я признал, что ушел от ответа, и это изменило взаимоотношения улитки и собаки благодаря возросшему любопытству. Моя интерпретация была следующей: «Это правда, я был уклончив. Я не сказал, что знаю эту лыжную трассу, а ответил общими словами. Вероятно, вы восприняли это как отвержение за то, что проявили не просто любопытство, а навязчивость и оказались злой собакой». Таким образом, я не сказал: «Вы испугались, что можете меня этим задеть», как если бы он всего лишь придумал эту тревогу, а на самом деле я не был раздражен. Напротив, я признал *правильность* его восприятия. Подобное признание, по-видимому, ведет к корректирующему эмоциональному переживанию, давая пациенту возможность посвятить следующие несколько ходов проверке того, одобряют ли его все еще, несмотря на вновь приобретенный образ мыслей и действий.

Позже — дав исчерпывающий ответ на его прямой вопрос о лыжной трассе — я сказал, что иногда имеет смысл не отвечать на вопрос сразу. После моих объяснений пациент сделал вывод: «Да, если отвечать на вопросы сразу, мыслительный процесс может преждевременно закончиться». Таким образом, он согласился с тем, что иногда имеет смысл оставлять вопросы открытыми, чтобы не останавливать хода мыслей. Когда мы говорили о том, какие он выбирал слова, стало ясно, что пациент приписывал поведению аналитика хитрость, которую знал в самом себе и к которой иногда прибегал, чтобы достичь своей цели или просто свести концы с концами, оправдывая поговорку о том, что цель оправдывает средства.

После того как с помощью ассоциаций мы установили многосторонние связи слов «вторгаться, проникать, бурить» (drill, penetrate), любопытство пациента возросло. Он вспомнил следующее выражение: «Он достал меня своими вопросами». Мы стали говорить о приближающемся отпуске. Артур Y знал, что со мной будет трудно связаться, и это сделало его любопытство *навязчивым*. Мы пришли к компромиссу между различными аспектами технической проблемы. С одной стороны, я не сказал, где буду находиться, а с другой — уверил его в том, что в случае крайней необходимости он сможет связаться со мной через мой офис.

Ввиду приближающегося перерыва мне было важно в конце сеанса выделить то общее, что нас объединяло. Так как мы оба хорошо знали одну и ту же местность, я использовал метафору «общая почва».

Признание реальности происходящего приобретает особое значение, когда помогающие отношения подвергаются испытанию, например прерываются отпуском. Аналитик должен отвечать на вопросы так, чтобы дать пациенту и удовлетворительные ответы, и необходимую в период сепарации уверенность. Обобщить нашу позицию можно такой фразой: «Общей почвы — сколько необходимо, независимости — сколько возможно». Ход обсуждаемого здесь сеанса показывает, что терапевтический процесс может облегчать коррекцию побочных эффектов аналитического вмешательства, которые, очевидно, могут неожиданно возникать наряду с благоприятными и желательными и проявляться не сразу.

2.2 Позитивный и негативный перенос

Спектр проявления позитивного переноса очень широк, от мягких форм симпатии и уважения до страстной любви. Об эротизированном переносе говорят тогда, когда он достигает такого уровня, что постоянно препятствует рабочему альянсу. Любовь переноса часто переходит в ненависть. Поэтому негативный агрессивный перенос может быть понят как следствие ощущения отвергнутости. Следующие примеры иллюстрируют этот спектр проявлений переноса.

2.2.1 Мягкий позитивный перенос

Пациентка Эрна X стала говорить об автобиографическом отчете Тилмана Мозера «Годы учения на психоаналитической кушетке» (Tilmann Moser, Lehrjahre auf der Couch), в котором он описывает сильные вспышки агрессии к аналитику (см. также гл. 7). Раньше она и вообразить себе не могла, что способна прийти в такую ярость. Одновременно она стала скептически относиться к тому, что не испытывает негативных чувств по поводу приближающегося перерыва в лечении.

П: Ну, мне не понравилось, что вы не сказали мне, куда собираетесь ехать в отпуск. Но я сказала себе, что не имею права это знать и что вы, конечно, сами знаете, что мне говорить, а что нет.

Я предположил, что пациентка подозревала, будто я воздержался от ответа для того, чтобы вывести ее из себя. Тогда ей логично было сделать вывод, что нельзя больше поддаваться на провокации и позволять манипулировать собой. Я указал на то, что это может быть первым признаком борьбы за власть или что эта тема может подразумеваться. Я сказал, что у меня не было намерения манипулировать ею, не сообщая ей чего-то.

Эрна Х подчеркнула, что она не думала, что я хотел ее разозлить. Она считала, я хотел каким-то образом заставить ее подумать. Это я и подтвердил.

Пациентка развила эту тему и в диалоге расширила и углубила ее. Вначале ее беспокоило мое будущее трехнедельное отсутствие. Ее амбивалентность объяснялась двумя противоположными мотивами. С одной стороны, она ожидала от меня проявления профессионального долга и самоотверженности. С другой — чтобы изменить свою жизнь с мужем, ей нужен был ролевой образец. Ожидать, что муж ее откажется от какого-либо из своих деловых обязательств и выкажет больший интерес к семейной жизни и отпуску, было явно безнадежно. И если бы я действительно уехал в отпуск на три недели, то соответствовал бы ее идеалу. Она сама стремилась к такому стилю жизни и боялась, что расхождение между ее идеалом и реальностью приведет в дальнейшем к сложностям. Возможно, по этой причине она цеплялась за мысль, что я не уеду в отпуск.

После некоторого молчания пациентка рассказала сновидение обо мне.

П: Во втором сне я лежу с вами на кушетке, не здесь, а в другой комнате. Кушетка гораздо шире. Я не могу вспомнить никаких деталей, только чувство, а именно чувство защищенности. А еще было чувство гордости и изумления, что вы разрешили это, разрешили мне интимную близость, не убежали и не прогнали меня. Нас прервал телефонный звонок. Потом это уже комната, похожая на ваш кабинет. Звонила женщина, которая сказала, что вы должны забрать из гаража свою машину. Я хотела узнать, что это за женщина. Вы не ответили. Я подумала, что это ваша мать или кто-то еще. Потом мы вместе шли по городу.

Трудно описать свои чувства во сне. Мне было как-то совсем легко с вами. Когда я здесь, я все время думаю о том, что должна все делать правильно. Во сне все по-другому.

А: Да, во сне вы можете себе позволить все, что хотите.

П: Больше всего мне хотелось позвонить вам прямо на следующее утро. Проснувшись, я подумала об этом с удовольствием. Сначала я подумала, нет, я не смогу вам рассказать, что во сне мы были вместе на кушетке. С другой стороны, я не могла не рассказать об этом сне. Вообще-то мне нравится говорить с вами о снах.

А: Вы были обеспокоены интимностью во сне.

П: Да, я стеснялась.

Тогда я заговорил о естественных человеческих желаниях и подчеркнул, что ее желания были стимулированы нашими разговорами.

А: Это естественно, что вы включили меня в мир снов и желаний, так же как делаете это с другими людьми, с которыми обсуждаете личные проблемы.

У пациентки возникали подобные мысли до начала сеанса. Тогда я обратил внимание на вторжение другой женщины.

П: Да, это ревность. Эта другая женщина отобрала вас у меня.

Я напомнил пациентке ее более ранний сон.

П: Да, в этом сне вы отменяете сеанс. Там тоже присутствует ваша машина. Даже во сне вы приезжаете ко мне на машине. При выборе приятеля для меня всегда было важно, чтобы у него была большая машина. Наверное, поэтому машина играет особую роль. Мы идем по улице города, почти танцуя. Почему у меня не может появиться такое желание? Но я не могу рассказать этот сон мужу.

А: Вопрос в том, можете ли вы объяснить мужу, о чем идет речь в этом сне, а именно о вашем желании большей мягкости и доброты.

Я намеренно употребил слово «желание» (desire), включающее в себя в том числе и эротические чувства, и сказал, что терапия пробуждает желания и что ей непросто изменить свою жизнь и получить в этом поддержку от мужа. Ее муж так же сильно привязан к своей семье, как она — к своим родителям.

Пациентка удивлялась, почему она думала обо мне, а не о муже.

А: Может быть, потому, что вы говорите об этом со мной больше, чем с мужем.

Я проинтерпретировал это так, что, задавая вопрос, она хотела получить облегчение.

П: Да, я сама могла бы ответить на вопрос, но не знаю, как все будет развиваться дальше. Я не хочу признавать тот факт, что вы во всех отношениях соответствуете моим желаниям. Я никогда не испытывала с мужем тех чувств защищенности и понятости, которые были у меня во сне. Я уже достаточно давно замужем, чтобы суметь предвидеть его реакции. Факт тот, что я одна и он мне не помогает.

Пациентка привела пример, касающийся ежедневных забот о детях, чтобы показать, что муж не хочет помогать ей в воспитании детей.

П: Дома вот так и происходит. Если я защищаюсь от матери и отказываюсь браться за какое-то другое дело, она возмущается и выражает недовольство по поводу бесполезной терапии, только отнимающей время.

Через несколько дней желание пациентки иметь ребенка стало более сильным. И хотя все разумные соображения говорили по-прежнему против этого и несмотря на то, что совсем недавно на приеме у гинеколога она с облегчением услышала,

что ее беременность была плодом воображения, она все равно хотела четвертого ребенка. Обеспокоенная двойственностью своей установки, она попыталась внести ясность в свои мысли во время сеанса.

Для того чтобы следующая интерпретация ее желания иметь ребенка стала понятной читателю, я должен вкратце привести яркое описание пациенткой детских игр как ее собственных детей, так и соседских. С удивлением и недоверием она наблюдала, как беззаботно и естественно ведут себя 3 — 5-летние дети, открыто получая удовольствие от того, что показывали самих себя, трогали и рассматривали других. Во время этих детских сексуальных игр один мальчик показал свой пенис, что вызвало реакцию зависти у одной из девочек. Эта девочка держала большого игрушечного крокодила в том месте, где находился бы пенис, и сказала, что он сожрет мальчика, и тот ужасно испугался. Девочка торжествующе стала играть с крокодилом — как с гораздо большим пенисом, — чтобы испугать мальчика. Только ценой больших усилий пациентка сдержалась и позволила детям продолжить игру до тех пор, пока они не удовлетворили своего любопытства и не занялись чем-то другим. Для нее было бы более естественным вмешаться, как ее мать, и запретить подобные игры или, как бабушка, отвлечь их рассказами о чем-нибудь более красивом и приличном. Исходя из того, как ее мать обращалась с ее детьми во время визитов, пациентка сделала вывод о том, что она, вероятно, так же вела себя с ней в детстве. Ее бесило, что ее мать придумывает всякие небылицы, чтобы не отвечать на важные вопросы.

Хотя она знала, что наличие четвертого ребенка основательно прибавит ей забот и что она не сможет рассчитывать на какую-либо поддержку мужа, тем не менее ее переполняло глубокое чувство счастья при мысли о моментах близости и интимного контакта с ребенком во время кормления. Ее желание полностью пропало, когда она почувствовала, что ее понимают, и когда продолжала в уме наш диалог после конца сеанса. У ее занятого мужа совсем не было времени для нее, их сексуальные отношения не удовлетворяли ее и были настолько редкими, что зачатие представлялось весьма маловероятным.

Эрна X была сильно взволнована и немного подумала, прежде чем ответить на мою интерпретацию о том, что она хочет еще одного ребенка, чтобы повторить свое собственное развитие в более благоприятных условиях. Ее дальнейшие ассоциации о том, что с момента начала анализа у нее не возникало желания забеременеть, я проинтерпретировал как выражение удовлетворенности от чувства понятости, а не как защиту от эдиповых желаний.

Моя интерпретация о ее поисках своей собственной прошлой жизни в другом ребенке, которую я намеренно сформулировал в очень общих выражениях, попала на подготовленную почву и вызвала множество мыслей. Пациентка предположила, что ее желание иметь еще одного ребенка имело целью избежать изменений в ее повседневной жизни дома и на работе. Наличие четвертого ребенка наложило бы ограничения на ее жизнь и сделало бы неосуществимой бóльшую часть профессиональных планов, которые сейчас — освободившись от некоторых невротических запретов — она может с достаточной уверенностью попробовать осуществить. Она рассказала сон, навеянный этими детскими играми и моими предыдущими интерпретациями. В этом сне она видит ряд фотографий с изображением *меня* в различных позах на берегу озера.

Ее сексуальное любопытство было стимулировано в переносе. Она сама когда-то находилась на берегу в затруднительном положении. Когда она была девочкой, над ней смеялись из-за слишком большого, раздувшегося бюстгальтера купальника. Она поймала взгляд своего дяди, но он вел себя так, будто она совсем его не интересовала.

В заключение я проинтерпретировал ее бессознательное желание иметь ребенка со мной и от меня. Она сказала, что в этом есть какой-то смысл, хотя сознательно она никогда не чувствовала такого желания. Здесь я напомнил высказывание ее дяди о том, что ему нравится делать детей, но он не хочет иметь с ними ничего общего в других отношениях.

За несколько последующих сеансов тема изменилась. Всплыли другие ее аспекты. Пациентка сказала, что по сравнению с последним сеансом ей сегодня было легче начать говорить. Она не могла забыть моих слов на последнем сеансе: «Сейчас вы находитесь уже не в том положении, в котором вы были ребенком. Сейчас у вас уже есть что показать».

П: А что у меня есть? Я не уродка и не дура. Иногда думаю, что слишком требовательна. Я никогда не бываю довольна. Но еще я себя спросила тогда, почему вы мне это сказали в конце сеанса? Может быть, я выглядела растерянной? Или вы хотели морально поддержать меня? Скажите, что у меня есть?

А: Я это сказал не для того, чтобы морально вас поддержать, хотя это и является одним из аспектов. Я хотел обратить ваше внимание на то, что вы уже больше не беспомощный и пристыженный ребенок. Тот факт, что у вас нет больше ассоциаций и вы спрашиваете меня, кажется мне не следствием возросших запросов, а отражением вашего беспокойства по поводу собственной спонтанности и ассоциаций.

П: Я себя как раз так и ощущаю, беспомощной, пристыженной и раздутой. Сейчас я почти такая же, как и тогда, в детстве. Но после последнего сеанса я была довольна.

Ход этой беседы отличался от течения разговора о пляже. Пациентка сказала мне, что размышляла о смысле таких слов, как «беспомощный», «пристыженный» и «раздутый». После долгого молчания я попросил ее рассказать о своих мыслях.

П: Это трудно. Иногда я чувствую себя ужасно беспомощной. Потом мое состояние становится прямо противоположным. Это крайности, а середина отсутствует. Как после прошлого сеанса. Я ушла и была страшно довольна. Но когда села в машину, мне пришла в голову мысль: «Да не воображай ты ничего! Может быть, это был просто ход, чтобы придать тебе уверенности!»

А: И поэтому неискренний.

П: Нет, искренний, но со скрытым желанием помочь мне.

А: А что плохого в таком скрытом желании помочь, так пугающем вас? Здесь существует скрытый мотив, а именно то, что вы можете использовать свое тело. С незапамятных времен у вас существует мысль, что вы ничем не владеете, что у вас ничего нет. У вас сейчас кое-что есть, что вы можете показать. [Пациентка страдает от страха покраснеть.]

П: Да, но это не моя заслуга. Это стадия развития. Это происходит само собой. Я этого не достигла сама, а значит, это для меня ничто. [Долгая пауза.] Интересно, почему мне так трудно поверить, что у меня что-то есть?

А: Потому что тогда вы бы подумали о чем-то запретном, а это может иметь определенные последствия, например, вы станете более соблазнительной, чем это допустимо. И тогда ваш дядя сделал бы, или даже сделает, больше авансов.

П: Но кто мне скажет, какой я могла бы быть?

Я предположил, что пациентка находилась в процессе воспитания под таким сильным внешним контролем, что не могла опробовать собственную сферу действий. Все становилось понятным, когда ее мать решала, что нужно сделать. Но в то же время она видела на собственных детях, какое удовольствие им доставляют попытки делать что-то самим, когда она предоставляла им полную свободу.

П: Все это имеет отношение к чему-то эмоциональному и одновременно физическому. Я не уверена ни в том, ни в другом. Да, такова природа мышления и чувств, что всегда есть две стороны. И чувство надежности существует до тех пор, пока есть полная определенность. Чем больше открытости, тем больше и скрытых мотивов.

Таким образом, пациентка была обеспокоена тем, что у меня был скрытый мотив.

П: Мне часто кажется, что у вас есть скрытые мотивы, потому что вы думаете о чем-то и у вас есть цель.

Я подчеркнул, что раз это так, то об этом можно говорить. Пациентка, наоборот, предполагала, что об этом говорить нельзя. Эрна X отметила, что она действительно не осмеливалась спросить об этом. Она признает, иногда ей приятно быть ведомой, но если не спрашивать, то тогда есть риск, что ею будут манипулировать, а этого она определенно не хочет. Хорошо позволить себе быть ведомой, хотя, с другой стороны, это неприятно.

А: Но если вы не можете знать всего и не можете спрашивать, то тогда вами могут манипулировать. Вами много помыкали и командовали. Вам бы хотелось получить что-то соответствующее вашим потребностям, а этого нельзя достичь без большего обдумывания и без вопросов.

П: Из-за того, что я не хочу быть навязчивой и задавать глупые вопросы, ваши скрытые мотивы остаются неясными, но, конечно, мне часто интересно, какие у вас намерения. Особенно сильно я почувствовала это в прошлый раз, потому что действительно хотела вам нечто предложить, хотя ощущала ужасную неуверенность. Слово «раздутый» очень хорошо подходит для меня. Люди думают, у меня есть что-то, но у меня вовсе этого нет; точно как с этим раздеванием на берегу. Раскрытие вызывает стыд, и я краснею, чувствую себя беспомощной. Вот это как раз три стадии, не от беспомощности к чувству стыда и к ощущению раздутости, а в обратном порядке.

Я подтвердил, что, похоже, последовательность как раз такая, как ее описала пациентка. Материальные вещи нравились пациентке; деньги и хорошая машина были важны для нее. Я напомнил, что в ее травматическом жизненном опыте было мало что показать. Она была раздута и наполнена чем-то искусственным.

П: Мне представляется воздушный шар; если его проткнуть, он исчезнет. Да, последовательность точно вот такая: раздутость, стыд и беспомощность. Это та ситуация, где я краснею. Но все-таки за «раздутостью» есть жизнь!

А: Да, и во сне это тоже было. Купальник был раздут, но за ним кое-что было. Соски, выросшая грудь, ваше знание о том, что вы растете, развиваетесь, основанное на ощущениях собственного тела и на сравнении с другими женщинами.

П: Но этого было недостаточно, грудь была слишком маленькая, и я была недовольна. Мне никто не сказал, что она вырастет. Было бы неплохо, если бы кто-нибудь тогда сказал мне: «Ну что ты хочешь в таком возрасте. Ты же еще ребенок». Я ни с кем не могла об этом говорить. Это было мое собственное.

Правда, я научилась некоторым вещам, потому что мать заставляла меня их делать. Она давала мне точные указания, и это действовало. Отдавались приказы. Мне нужно было что-то сделать, я должна была заучивать наизусть, например, как дойти до такого-то учреждения. Но это были в большей степени действия моей матери, чем мои собственные. У меня не было выбора. Меня заставляли, и это не была я на самом деле; и, может быть, поэтому у меня не было ощущения, что у меня что-то есть. Были две крайности — «Я совсем ничего не могу делать» и «Я могу делать очень много», — а середина, мои собственные поступки, отсутствует.

Я снова вернулся к скрытым мотивам. Какие скрытые мысли руководили ею?

А: Вы подозревали, что опять что-то было спланировано. Чем-то управляли, и это было очень серьезно именно потому, что вам ничего не объяснили. Из-за этого вы стеснялись спросить, что я имею в виду. Вы следовали рассуждению: «Все думают только о моем благе. Поэтому я не должна спрашивать».

П: Меня приучили к этому. Мне не говорили: «Пожалуйста, сделай это. У меня нет времени». Нет, все было организовано; ты это сделаешь, и никакой альтернативы, и я чувствовала скрытые мотивы, ни о чем не осмеливаясь спросить. Это было нечестно. Я знала, что это было нечестно, но была неспособна об этом говорить.

Комментарий. Поддерживающая интерпретация сопротивления пациентки в переносе положительно повлияла на кооперацию. Подобные наблюдения представляют исключительную важность для оценки терапевтического процесса.

2.2.2 Сильный позитивный перенос

Сильный позитивный перенос остается в рамках рабочего альянса, в отличие от эротизированного переноса, который временами затрудняет сохранение психоаналитической ситуации (см. разд. 2.2.4). Из-за сложностей, возникающих в эротизированном переносе, важно иметь критерии, позволяющие сделать прогноз, пока еще можно определить на ранней стадии лечения признаки такого переноса и найти интерпретативные средства избежать его. Можно ли выделить группу пациентов, которые так сильно влюбляются в своих аналитиков, что терапия прекращается? Действительно ли эта группа состоит из женщин, отказывающихся от кооперации в работе над интерпретацией и стремящихся только к материальному удовлетворению, которым «доступна только логика супа с аргументами в виде клецок» (Freud, 1915a, p. 167)? Со времени открытия трансферентной

любви прошло слишком много времени, чтобы приписать это свойство категории «женщин с примитивными необузданными страстями, которые не терпят суррогатов... которые отказываются принимать психическое вместо материального» (Freud, 1915a, p. 166 — 167).

Прежде всего необходимо указать, что эта сложность обычно возникала в анализе женщин аналитиком-мужчиной, что связано с целым рядом психологических, исторических, социологических и нозологических причин. В конце концов, наибольшее число женщин, обращавшихся первоначально для лечения к психоаналитикам, страдали от истерии. С тех пор сексуальная революция сделала возможной эмансипацию женщин, что не в последнюю очередь можно увидеть в свободе сексуального поведения. Это последнее достижение нисколько не изменило того факта, что сексуальные нападения и правонарушения гораздо чаще встречаются между мужчинами и девочками, чем между женщинами и мальчиками. То же верно в отношении инцестов отец — дочь и мать — сын. Преобладающей формой сексуального поведения между полами остается гетеросексуальная, в которой мужчины играют доминантную роль. Ожидания женщин-пациенток того, что может произойти в кабинете у аналитика, связаны с их предшествующим опытом отношений с мужчинами: отцом, братьями, другими родственниками или учителями, начальниками и врачами. Соблазнение и желание быть соблазненной представляют собой два феномена, связанных сложной зависимостью притяжения и отталкивания. Тревожное чувство, выраженное словами: «Если тогда еще возможно было отступить, то сейчас уже можно все...», очень сильно зависит от того, насколько реальными были сексуальные проступки в табуированных сферах жизни.

Сексуальное самоопределение — это один момент. Другой заключается в том, что социальные табу разрушались все больше и больше, приводя к исчезновению сдерживающего начала традиционных ролей в социальном поведении. Возрастает число детей и подростков, подвергающихся насилию, и становится значительным количество несообщенных случаев инцеста отец — дочь. Перенос осложняется в том случае, если был факт насилия (в широком смысле слова), так как травмированные пациенты подвергают и самих себя, и аналитика серьезному испытанию (см. разд. 8.5.1).

В разделе 1.7 первого тома мы указали на то, что изменения в семейных традициях, в исторических и социокультурных процессах не происходят синхронно. Поэтому в психоаналитическом кабинете мы и сегодня можем встретить тип истерической пациентки, которая не только влюбляется в своего аналитика, но и стремится найти в лечении замену не удовлетворяющей ее

жизни и которая держится за иллюзию получить удовлетворение от аналитика.

В отношении прогноза, то есть вероятности развития неразрешимого эротизированного переноса, можно сказать, что диагностически релевантны жалобы, которые предъявляет пациентка по поводу своих любовных отношений. Опасность возникновения неразрешаемой трансферентной любви будет минимальной, если факторы, затрудняющие или делающие невозможным для пациента иметь удовлетворяющие сексуальные отношения в рамках существующих дружеских или длительных привязанностей, являются прежде всего невротическими. Вероятность возникновения иллюзорной трансферентной любви очень высока, если серьезное невротическое развитие привело к изоляции пациентки и если она достигла такого возраста, когда шансы найти подходящего партнера малы. Несмотря на все достижения женской эмансипации, социальные обстоятельства неблагоприятно влияют на таких женщин, в отличие от сопоставимой группы мужчин, потому что, как хорошо известно, невротичные и одинокие холостяки легче вступают в контакты с незамужними женщинами. Различная природа мужской и женской *психосексуальности* играет определенную роль в этой системе, где, например, мужчина, ищущий партнершу через объявления, в меньшей степени подвергается травмирующему опыту, чем женщина, которую «проверяют» в короткой связи и потом признают недостаточно привлекательной.

Читатель может поинтересоваться, какое отношение имеют все эти общие комментарии к вопросу о разновидностях позитивного переноса. Одним из результатов является понимание того, почему у пациентов-мужчин, лечащихся у аналитиков-женщин, эротизированный перенос развивается реже, чем в обратной ситуации при тех же условиях. Стоит упомянуть о другом общем факторе, который ясен из предыдущих рассуждений и который, исходя из нашего опыта, нужно очень серьезно учитывать при оценке показаний к лечению. Если наличествуют описанная выше комбинация биографических, профессиональных и социальных факторов и предрасположенность к развитию регрессивного эротизированного переноса, то аналитик-мужчина должен критически проанализировать свой предыдущий опыт работы с эротизированным переносом, прежде чем браться за анализ. Если есть какие-то сомнения, то в интересах пациентки аналитику-мужчине следует посоветовать ей обратиться к коллеге-женщине. Несмотря на наше подчеркивание диадического характера невроза переноса, частью которого является трансферентная любовь, невроз имеет и собственную независимую динамику, коренящуюся в бессознательной схеме. Если возраст и личная ситуация аналитика совпадают с бессознательными ожи-

даниями пациента, как ключ и замок, то это в большей степени будет способствовать возникновению эмоционального смешения. Термин «эротизированный перенос» как раз обычно служит для описания подобной ситуации.

Что же в действительности означает эта путаница или даже хаос? Истинны ли чувства, аффекты и восприятия, переживаемые в переносе? Даже Фрейд не оспаривал их подлинности, хотя перенос означает, что на самом деле они относятся не к аналитику; желания и сексуальные влечения направляются не по адресу. Полное проявление чувства подразумевает достижение желанной цели, а в человеческих взаимоотношениях — получение от другого ответа и по возможности взаимодействия (Dahl, 1978). По этой причине и пациент всегда обращается к личности аналитика. Последний (аналитик) остается в тени, с тем чтобы легче выполнять свои функции и быть способным брать на себя любую роль — матери, отца, брата или сестры, давая пациенту возможность пережить проявления бессознательных клише, шаблонов и схем (Фрейд употребляет эти термины для описания установок, регулирующих аффективные и когнитивные процессы). Интерпретация сопротивления к развитию переноса помогает пациенту уменьшить вытеснение; в процессе лечения функции аналитика как катализатора оказывают определенное воздействие и, согласно нашей расширенной сценической модели, дают возможность проявиться новому проигрыванию (см. т. 1, разд. 3.4). По этой причине необходимо исходить из того, что восприятия пациента являются истинными, а не искаженными. Мы говорим, следовательно, о проигрывании вновь со сменой ролей, а не о новом «спектакле». Аналитик, временно исполняющий роль режиссера, создает для пациента возможность разыгрывания доступных для него ролей — бессознательно, конечно, — и старается повысить уверенность пациента в себе, с тем чтобы он совершал «пробные действия» вне аналитической ситуации.

Кроме упомянутой выше группы пациенток, возможно, существует значительно меньшая группа пациентов, которые лишь в ограниченной степени способны завершить переход от репетиций к реальной жизни; это происходит по ряду внешних и внутренних причин и несмотря на использование рекомендованной нами модифицированной техники. Чем меньше пациент способен к установлению интенсивного взаимодействия с партнером, тем больше его привлекает эмпатическая и понимающая позиция аналитика, хотя бы по той причине, что здесь нет каждодневных разочарований, происходящих в реальной совместной жизни.

Некоторые события в описываемом ниже случае показывают более общие по сути моменты. Многие из них касаются воп-

роса о том, как аналитик может выражать принятие, отказывая в то же время в немедленном удовлетворении сексуальных желаний. В случае патогенных условий, вызванных вытеснением, эдиповы влечения и фрустрации исчезают до такой степени, что о существовании бессознательных желаний можно судить только по появлению вытесненного материала в симптомах или по конфликтным и неудовлетворительным отношениям с партнером. Нахождение доступа к миру для бессознательных желаний пациента является предпосылкой для изменений, в процессе которых пациент становится способным найти новые способы для разрешения своих проблем. Например, *признание* желаний, стимулированных и вызванных обстановкой, имеющей место в аналитической ситуации, и интерпретациями, не означает удовлетворения этих желаний. Кроме того, по своей природе желания и произвольные действия стремятся достигнуть цели, а общеизвестно, что достижение цели сопровождается чувством облегчения и удовлетворения. С другой стороны, с самого начала жизни многие попытки достигнуть цели не удаются (метод проб и ошибок). Если фрустрированы основные витальные потребности, то страдает уверенность индивида в себе, в том числе уверенность и в своей сексуальной роли, что влечет за собой разнообразные последствия в поведении. Техническая проблема подхода к сильным эмоциям продолжает быть основным испытанием для терапевта, который должен проплыть между Сциллой подсознательного соблазнения и Харибдой отвержения.

Пациентка, речь о которой идет ниже, стремилась найти в трансферентной любви уверенность и принятие.

Франциска X, 26-летняя женщина, решила начать лечение в связи с сильными приступами страха, которые возникали особенно часто в тех ситуациях, когда она должна была проявить свои профессиональные способности. Она блестяще завершила профессиональное обучение (в профессии, где преобладали мужчины) и могла рассчитывать на успешную карьеру, если бы сумела преодолеть страхи. Последние возникли после окончания учебы, когда дело стало, так сказать, серьезным и соперничество с мужчинами не носило больше характера игры, как в студенческое время. Франциска X познакомилась со своим мужем во время учебы; их отношения удовлетворяли их обоих как интеллектуально, так и эмоционально. Однако она была не очень удовлетворена в сексуальном плане; чтобы достичь оргазма, она должна была прилагать большие усилия; гораздо быстрее и проще она могла вызывать его сама.

В начале лечения у пациентки быстро появилась влюбленность, первые признаки которой обнаружились уже в сновиде-

нии, рассказанном на 4-м сеансе. В начале сновидения ей виделась сцена в полицейском участке между обнаженной девушкой и сексуально возбужденным мужчиной. Во второй части сна происходило медицинское обследование, в котором пациентку кто-то просвечивал рентгеном; был виден только скелет.

В сновидениях пациентки содержались различные вариации на тему о запретной любви, с последующим наказанием или разлучением. Она сильно колебалась между стремлением угодить мне, как школьница, выполняющая домашнее задание, и всколыхнувшимися желаниями, о которых она также упоминала в ассоциациях.

К 11-му сеансу я стал уже «настоящим, хорошим другом», который полностью ей принадлежал и к тому же удовлетворял условию, что «это» никогда не сможет стать реальностью. Что означало «это», стало ясно из последующих ассоциаций, когда она спросила меня: «Вы видели вчера вечером фильм о священнике, у которого был роман с новообращенной женщиной?» На 14-м сеансе Франциска X рассказала мне сон.

П: Вы говорите мне, что полюбили, и потом целуете меня; когда я влюблена, любовь заканчивается только поцелуями, это самое прекрасное, а остальное потом происходит вне зависимости от того, нравится или нет. Потом вы мне говорите, что лучше прекратить анализ. Я довольна вашим решением, потому что так я получу больше.

Целью этого сильного проявления эротизма было, вероятно, желание преодолеть ощущение того, что анализ — это период «тяжелых времен» (17-й сеанс). На еженедельном семинаре у себя на работе она смогла наконец, флиртуя со многими мужчинами, получить то принятие, которого ей не хватало на сеансах.

П: То, что вы говорите, действительно очень важно для меня. Иногда я думаю, что мне надо бы постараться уменьшить надежды, которые я возлагаю на вас, или совсем оставить их, потому что я не могу думать, что вы их оправдаете. Все было бы гораздо проще, если бы я смогла оставить эти эмоции за порогом и разговаривать с вами на интеллектуальном уровне.

Для того чтобы дать пациентке возможность получить некоторое облегчение, я сказал ей, что организация аналитической ситуации (кушетка и т.д.) и сущность наших разговоров пробудили у нее сильные чувства и, вполне естественно, я должен их признать. Однако, в силу особого рода наших отношений и стоящих передо мной задач, я не могу ответить на ее желания так, как ей бы хотелось. Я видел аналогию между неуверенностью пациентки по отношению ко мне и ее ожиданиями (ранее не сбывавшимися) быть полностью принятой мужчиной и поэтому

спросил об источнике ее неуверенности в себе как женщине. Спрашивая, я руководствовался тем представлением, что в трансферентной любви и в дружеских отношениях пациентка больше стремится найти мать, чем отца.

Эта тема затронула пациентку. Впервые она заговорила о том, что думает о своей матери. В начальном интервью она заявила только: «О ней нечего сказать». Пациентка поведала, что у нее нет образа себя как женщины. Она стала говорить о детских воспоминаниях и описала, как отец и мать шли в церковь к причастию. Ей было тогда четыре года, она стояла сзади и начала плакать, поскольку не понимала, что делают родители. С фотографической точностью она воспроизвела момент, когда ее родители вернулись от алтаря, встали на колени и сложили руки перед лицом: ее мать была привлекательной молодой женщиной, на ее длинные каштановые волосы был надет платок, как у деревенской девушки, простой и счастливой, которая кормит цыплят.

Потом ассоциации изменились. Когда пациентке было шесть лет, мать положили в больницу; после рождения другой дочери у нее развилась тяжелая эклампсия. Мать уже не поправилась. Тогда в ассоциациях пациентки появился образ матери, вернувшейся из больницы домой: отекшая, уродливая, руки и ноги намазаны какой-то мазью, чтобы стимулировать мускулатуру. С тех пор ее мать что-то безостановочно бормотала, и ее речь почти невозможно было разобрать. Короче говоря, она являла собой картину пугающего распада, которая была неизмеримо ярче, чем могли быть эдиповы фантазии, связанные с беременностью и соперничеством.

Пациентка избегала этих ощущений, у нее быстро сменилось настроение, и она перешла к другой теме, заговорив о чудесной погоде и о том, что она смогла поэтому прийти на анализ в легком летнем платье.

Влюбленность стала движущей силой в лечении. Только в этом состоянии пациентка могла заставить себя говорить о неприятных и вызывающих стыд темах. Она чувствовала себя в тупике, потому что ее желания никогда не могли бы воплотиться в реальность.

Эту тепличную атмосферу можно описать так: «перенос — да, рабочий альянс — нет». Такое положение дел указывало на отсутствие глубинной защищенности, которое пациентка была вынуждена компенсировать, показывая и предлагая себя внешне выглядевшим как эдипов способом.

На одном из следующих сеансов (23-й) пациентка была озабочена вопросом о том, почему аналитик не носит белый халат. «В белом халате вы были бы более нейтральным и анонимным, просто такой же врач, как и другие». По ходу сеанса выясни-

лось, что в этом замечании есть две стороны: желание и сопротивление. В связи с упоминанием летних легких платьев стало очевидно, что она стремится к более строгому распределению ролей. Аналитик должен оставаться безличным, и тогда она сможет без опаски проявить себя. Чем больше она воспринимала меня как отдельную личность, тем труднее ей было лечь и вытянуться на кушетке. Поэтому летом она в большей степени ощущала себя женщиной, чем зимой, когда все скрыто и спрятано.

Пациентка чувствовала, что ее эротические попытки обольстить меня не имели успеха, и как следствие у нее развилось депрессивное состояние и появилось чувство разочарования.

В течение нескольких первых недель и месяцев развитие переноса стало все больше и больше происходить в одном направлении. Первоначальные попытки вызвать мой интерес уступили место страхам, что я не сделаю навстречу ей ни единого шага. Вся история ее отношений с отцом, который должен был взять на себя многочисленные обязанности после того, как мать парализовало, слишком длинная, чтобы приводить ее здесь. Мнение отца о ней в то время, так же как и во время прохождения анализа, было уничижительным: «Никогда не знаешь, чего от нее ждать». Это соответствовало чувству пациентки, что сам отец непредсказуем, ребенком она всегда ужасно боялась его.

Ход анализа в первые месяцы позволил мне сформулировать для пациентки ее возрастающее недовольство. Я объяснил, что она старалась расположить меня к себе, но не достигла своей цели. Фрустрированная этим, она просто отступила, с недовольством и упреками.

П: [После паузы.] Я не знала, к кому я обращалась в вашем лице. Но несколько минут назад я поняла, что единственным подходящим человеком может быть только отец. [Молчание.] Сейчас я вспоминаю нашу церковь; там есть огромная фреска с изображением Бога, а сейчас я вспомнила нашего священника и то, что я ужасно его боялась.

А: Когда вы думаете о чем-то другом, то сразу возникает опасность того, что меня это огорчит, и в ваших ощущениях я становлюсь похожим на отца. Вы попадаете в ситуацию, где должны ждать, пока я снова приду в хорошее расположение духа, как будто вы согрешившая девочка; но этот акт пощады наступит не скоро, а может быть, и никогда.

П: Когда мне было пятнадцать лет, я общалась с одним юношей, имевшим плохую репутацию. Это был мой первый роман, а потом юноша ушел к другой девушке, работавшей на кухне в семинарии, и она забеременела. Отец отчитал меня так, будто это была я.

А: А вы так и переживали, будто нет большой разницы.

П: Из-за этой истории наши отношения уже никогда не были такими же хорошими, как раньше. Думаю, я все еще жду, что отец осенит меня крестом, как это делают отцы, отпуская детей из дома. Со мной он так не поступил.

На следующих сеансах пациентка все еще была поглощена своим католическим прошлым. Она посмотрела фильм, где была женщина, которую звали так же, как и ее, Франциска, и которая вела себя так, как учил ее отец. Она вспомнила, что, когда была еще подростком, отец принес из церкви брошюру о сексуальном развитии и вложил ей в руку. На обложке была нарисована как раз такая девушка: скромная католичка. Пациентка совершенно не могла себе представить, что ее отец когда-нибудь интересовался женщинами. Поэтому ее просто поразило мое замечание, что ее, наверное, поместили в детскую больницу, когда мать была беременна.

Пациентка продолжала думать об особого рода отношениях с мужчинами старше ее.

П: На самом деле я всегда мечтала влюбиться в такого мужчину, и долгое время мне снилось, как я сплю с ним. А в реальности я хотела иметь покровителя, который меня понимает и предоставляет самой себе. Секс не входит сюда. Забавно, с тех пор как я стала заниматься психоанализом, мне перестали сниться такие сны.

А: Таким образом, ваша первоначальная цель в психоанализе была найти во мне покровителя, которому вы могли бы безгранично доверять и который никогда не сердится, независимо от того, что вы говорите или делаете.

П: Да, так и было; но у меня больше нет этого чувства. Я просто думаю, что вы всегда можете отдалиться и что вы вне ситуации; я не могу вас ничем привязать. Вы больше похожи на компьютер, систематизирующий мысли и делающий предположения, чем на человеческое существо; вам не разрешается им быть. Всякий раз, когда я о вас думаю, я захожу в тупик. С одной стороны, вначале я ощущаю в ваших глазах тепло, близость, а потом ничего не происходит, и я чувствую, что как будто меня внезапно разбудили, вытолкнули из сна в реальность, как будто вы сидели утром рядом с моей кроватью и разбудили меня, когда мне снился про вас сон. А на самом деле я совсем не хочу возвращаться из сна в реальность.

Я воспринял эту последнюю фразу как выражение трудности при столкновении с реальностью и как расхождение между желаемой и реалистической оценкой моей терапевтической роли.

2.2.3 Желание слиться

В подходящий момент Артур Y спросил меня, удовлетворен ли я пока что ходом лечения. Я сказал «да» и развил свой ответ, говоря, что он как пациент, вероятно, был бы удовлетворен, если бы я мог подтвердить это в виде «наличности», намекая на повышение зарплаты, которого он ожидал. На эту аналогию пациент ответил, описав облегчение, которое он испытал, когда услышал мой утвердительный ответ. Но затем он расстроился, связав это с тем, что я все равно могу быть им недоволен. Он подумал, что, наверное, недостаточно старался добиваться улучшения. Недавно в аварийной ситуации он сделал все, что от него зависело, но потом все равно спрашивал себя, действительно ли он сделал все возможное.

В переживаниях пациента величина его зарплаты стала символом или эквивалентом высокого мнения о нем и хорошего к нему расположения. Он упустил из виду, что было бы странно, если бы к нему относились незаслуженно хорошо. Он заговорил об этом сейчас, с удивлением найдя параллель со своим учителем (гомосексуалистом), который был у него когда-то, в подростковом возрасте, в пансионе. (Пациент избегал употреблять смущавшее его определение «гомосексуалист».)

Вначале тема о том, как много хорошего он может получить без особого риска, обсуждалась в связи с вопросом о праве выбора в предстоящем разговоре с начальником.

П: Я охотно сделаю гораздо больше, чем обычно. Но хочу получить за это вознаграждение. Вопрос заключается в том, насколько далеко я могу зайти, не рискуя тем, что мне откажут. Я определенно боюсь двух вещей: что он может отвергнуть мое предложение и что я могу упустить шанс, если воздержусь от вопросов. Это очень беспокоит меня. И с вами у меня происходит нечто похожее. В пятницу, когда я задал вам тот же вопрос, что и сегодня, я сказал, что мой предыдущий аналитик не отвечал, а отбрасывал мой вопрос, прямо как в пинг-понге. Мне было нелегко его задать, потому что я просто боялся впасть в немилость и быть отвергнутым, боялся связанного с этим унижения.

А: Однажды мне подумалось, что хотя и плохо быть отвергнутым, но это создает дистанцию. Люди, обладающие властью, всегда сохраняют дистанцию.

П: Этот момент является очень важным. Дистанция дает гарантию, что такой человек не станет вдруг вести себя как учитель [гомосексуалист] в интернате. Мне надо подумать о том, кто гарантирует мне, что этого не случится, если я потеряю осторожность и перестану быть собой, и вы перестанете

быть собой — ведь это будет как два кусочка масла на сковороде...

А: Да.

П: Они плавятся на сковороде.

А: Угу.

П: Они тогда сплавляются друг с другом.

А: Гарантию даете вы и даю я, потому что вы — сами по себе, а я — сам по себе.

П: Да, да, да... но...

А: Угу...

П: Сейчас я очень явно ощущаю, что вы нанесли удар в больное место, и он означает: «А что же это вы делаете, когда говорите такие вещи?»

А: Да. Да-да. Вы, вероятно, ощущаете это как удар, как отвержение именно потому, что у вас сильное стремление к такому слиянию. Как в случае с маслом. Это прекрасный образ смешения, стирания граней, в нем есть нечто очень глубинное. Смешение, общение, нечто общее.

П: А поскольку это недостижимо, то доктор А. [один из аналитиков, лечивший его раньше], вероятно, и сказал, несколько саркастически и с обезоруживающей, острой как бритва логикой: «Чего не может быть, того быть не может». Это только одна сторона дела. Я же хотел бы «вонзиться» в предмет, поэтому и сказал эти расхожие слова: «острая как бритва»...

Это выражение стало популярным в Германии из-за стихотворения Кристиана Моргенштерна «Unmögliche Tatsache» («Невозможный факт»), которое завершается строчками: «И он сделал вывод: переживание было только сном. Потому что, заключил он с “остробритвенной” логикой, чего не может быть, того не бывает».

А: Остробритвенной...

П: Остробритвенной. Я опять вообразил какую-то девушку, с которой мог бы что-то сделать ножом. Я должен повторять слова «острый как бритва» как можно чаще и стараться думать о чем-нибудь другом.

Пациент изменил настрой разговора. Я подумал, что смог бы удержать линию ассоциаций, если бы упомянул о чем-то объединяющем эти две темы.

А: Мы говорили о смешивании, и когда появился нож, то возникла некая внутренняя связь между ножом и...

П: Деструктивная связь.

А: Да, деструктивная.

П: Жестокая.

А: Да, презумпция жестокости. А не масло, плавящееся на сковороде.

П: Нет-нет. Презумпция жестокости того, у кого нож, по отношению к другому, которому угрожают, которого ранят.

А: Да-да, гм, нож, да.

П: А у учителя [он ухаживал за пациентом в пансионе, когда тот заболел] тоже был нож. Не настоящий нож. Но он так себя вел.

А: Во многих смыслах, и вообще в поведении, и в особых вещах — показывал зубы...

П: Например, когда измерял мне температуру.

А: Когда он измерял температуру, когда вставлял термометр; когда он сажал вас к себе на колени и вы могли каким-то образом чувствовать его пенис.

П: Ну, этого я не могу... [Пациент не договорил: «вспомнить».] Я задавал себе этот вопрос. Но я так не думаю. По крайней мере не помню.

А: Возможно, вы забыли, а он...

П: ...он сообразил...

А: ...как скрыть то, что его пенис был, вероятно, твердым.

П: Ну, мы можем это предположить. Но я имею в виду, что не могу вспомнить. Слава Богу, дело не зашло так далеко. Но я все равно чувствовал опасность и сильно боялся. Да, то же самое и теперь. С одной стороны, я раскрылся и беспомощен. Кроме того, я был болен и не мог сказать, что хочу, чтобы за мной ухаживал кто-нибудь другой. Я не мог довериться. Ну, здесь это не всегда так. Только если я об этом слишком задумываюсь. А потом, я стараюсь в этом далеко не заходить, потому что не смогу себя защитить. Конечно, и моя личность, и ваша — гарантии, но, когда вы только говорите это, я воспринимаю ваши слова как отвержение.

А: Да, потому что слияние выражает определенное стремление, а именно стремление обогатиться, снять с меня как можно больше сливок, то есть получить не только повышение зарплаты, но и в миллион раз больше любви — как знак силы и потенции.

П: Все, что вы сейчас сказали, дает чувство безопасности. Но мне нужно обдумать вот еще что: ну хорошо, а что мне делать с этим стремлением получить любовь, если нельзя достичь той же степени слияния, как у двух кусков масла? Наверное, избавиться от него.

На одном из следующих приемов пациент, когда говорил о слиянии, обратился к образу двух плиток шоколада, обнаруживая тем самым анальную природу этого слияния и его разные бессознательные аспекты.

А: А почему избавиться? Кто сказал, что этого не может быть и что вы не сможете что-то из этого сохранить?

П: Да, или все, или ничего.

7 1031

А: И вы ножом срезаете у меня сало с ребер.

П: [Смеется.] Да, потому что у меня всегда такая тенденция — или все, или ничего.

А: Итак, вы обнаружили, что можете проявлять изрядное любопытство, чтобы побольше получить — все, что возможно.

П: У вас есть конкретные примеры?

А: Гм.

П: Я бы хотел знать, где вы проводите отпуск...

А: Да, вот как раз пример, почему это было предметом жгучего любопытства. А кроме того, вы хотели видеть несгибаемого мужчину, с которым нельзя вести себя пренебрежительно, который утверждает свою независимость, потому что иначе покажется слабаком.

Когда происходит совпадение мыслей у пациента и аналитика, это всегда бывает впечатляющим и убедительным. Затем, после паузы, пациент заговорил о своем начальнике.

П: Вы употребили выражение «стремление получить любовь». Есть другое выражение: «стремление к согласию».

А: Это близкие понятия.

П: Да-да.

А: Угу.

П: Это то, что волновало меня всегда в начале знакомства с девушкой. Я всякий раз терял к ней интерес, как только любовь становилась взаимной. С моей женой впервые стало по-другому. Когда женщины становятся слабыми, они теряют всю свою ценность.

А: Да-да, слабыми.

П: И наоборот. Если я выказывал чувство расположения, любви, привязанности к кому бы то ни было, а мне не отвечали взаимностью немедленно, я становился агрессивным. Я не только убирал назад свои щупальца, но и сам ретировался. Это было для меня невероятным унижением. Вроде невозможности для нас обоих просто слиться, как масло.

А: Вы сказали, что становились более агрессивным. Но в то же время должно быть и обратное. Вы начинаете осуждать себя и критиковать за то, что ничего не можете довести до конца, и делаете из себя объект обвинения.

П: Теперь я вижу два кусочка масла. В религии и в причастии вы сможете увидеть то же самое.

А: В причастии.

П: В причастии, в гармонии, во вкушении Тела Господня. Не у меня одного такое желание — у миллионов людей. Это просто часть меня, потому что я — человек.

А: Да.

П: А не потому, что у меня когда-то был тот учитель.

А: Да.

П: Следовательно, в этом нет ничего такого, с чем мне нужно было бы постоянно бороться, что подавлять в себе, что лишало бы меня ценности как индивида. Это нечто присущее мне, потому что я такой, как все.

А: Да.

П: А сейчас вы, конечно, скажете, что вы тоже индивид, и что у вас такие же чувства, как у меня, и что то, что происходит с маслом, может осуществиться.

А: Да.

П: Но с другой стороны, ха-ха, нет, подождите секунду, это слишком. Конечно, вы правы. Это все так противоречиво. Как и мое настроение, которое может колебаться в пределах секунды, вроде чаши весов, приходящей в равновесие. Но мое настроение в равновесие не приходит. И сейчас я думаю, что если я действительно смогу пойти к начальнику и поговорить с ним о деньгах, то он, возможно, даже подумает: «А может, он и согласится сделать что-нибудь даром?» Он расстроится, если я стану требовать что-то за свою работу, потому что он всего лишь человек. Мне придется пожертвовать этой позицией «все-или-ничего», когда сто минус один просто равно нулю, и считать, что сто минус один будет целых девяносто девять, а сто минус пятьдесят — половина. Вы меня понимаете? Это так тяжело для меня.

А: Ну да, сто процентов гораздо лучше. Гм.

П: Да, но сто минус один все-таки...

А: Девяносто девять.

П: А для меня девяносто девять превращается в один. Меня гораздо больше интересует эта одна сотая часть, чем остальные девяносто девять.

А: И все вкладывается в эту одну сотую часть. И в таком случае вы сами есть ничто.

П: Да, если я не могу иметь всего, то тогда не хочу ничего. Но на уровне чувств я по-прежнему жду, что вдруг — бац, и я что-нибудь узнаю, как это произошло сегодня. Доктор Б. говорил, бывало: «Тогда ваши страхи взорвутся, как воздушный шар, — бум-бум, и все исчезнут». Я еще не все об этом сказал, и было бы хорошо, если бы я смог вернуться к этому.

А: Мне кажется, вы счастливы, что сделали сегодня для себя некоторые открытия, но не осмеливаетесь выразить свое удовольствие и поэтому сразу преуменьшаете значение этих открытий. Возможно, вас разочаровало, что я не пустился в пляс от радости по поводу глубинных связей, которые вы обнаружили.

Позже я размышлял об отсутствии взрыва, который пророчил предыдущий аналитик. История болезни пациента свидетельствует, что подобное преувеличение, превратившее аналити-

ка в волшебника-чудотворца, неосознанно вело к анальному обесцениванию его пациентом, что, в свою очередь, воспрепятствовало и взрыву, и постепенному улучшению его состояния.

2.2.4 Эротизированный перенос

Гертруду X, 33-летнюю женщину, направил ко мне ее семейный врач в связи с частыми приступами депрессии, во время которых она уже несколько раз пыталась покончить с собой. Пациентка жаловалась также на частые головные боли. Многократно беседуя с ней, врач пытался поддержать ее, но ее отношение к нему стало настолько напряженным, что он не смог больше ее лечить.

Конфликтная ситуация заключалась в следующем. Пациентка была единственным ребенком в семье, ее отец погиб во время войны, когда ей было три года. Отношения родителей были напряженными, и с тех пор у ее матери ни с кем не было близких отношений. Вначале мать пациентки имела какие-то контакты с семьей своего брата. Пациентка с большим восхищением относилась к своему дяде, погибшему на войне, когда ей было пять лет. Важную роль играл дед (отец ее матери); он был непререкаемым авторитетом и, как и остальные члены семьи, глубоко набожным человеком. Пациентка описала свою мать как довольно инфантильную личность, зависимую от мнения окружающих и пытавшуюся привязать ее к себе.

Позитивные сдвиги начались примерно за шесть лет до начала терапии, когда пациентка подружилась с молодой коллегой и это привело к появлению некоторой дистанции между ней и матерью. Сейчас ее коллега собиралась выходить замуж и переезжать в другое место. Пациентка испугалась, что мать снова попытается привязать ее к себе, и стала провоцировать агрессивные конфликты. У пациентки никогда не было близкой дружбы с мужчинами. В своих отношениях с ними она усиленно пыталась найти принятие, хотя частые провокации подвергали их хорошее отношение к ней серьезным испытаниям.

В начальном интервью пациентка главным образом взывала о помощи и, в частности, сумела убедительно описать длинную цепь переживаний, связанных с потерей ею близких людей. Я предложил ей начать терапию, целью которой было бы ослабление конфликта как в ее сепарации от матери, так и в ее установке по отношению к мужчинам.

Хотя Гертруда X согласилась на это предложение, она, к моему удивлению, с самого начала выразила сомнение в успехе анализа. Особенно скептически она отнеслась к моему возрасту. Она сказала, что может относиться с доверием только к мужчинам старше себя; а я был приблизительно одного с ней воз-

раста. Принимая во внимание ее закрытость и сдержанность, в нашем взаимодействии я обращал особое внимание на слабые проявления дружественного отношения, стремление быть принятой или эротический интерес. Пациентка отвергала интерпретации такого рода стандартным способом: постоянно подчеркивала, что мне не стоит проявлять заботу о ней подобным образом. Мои интерпретации привели только к тому, что пациентка стала более осторожной. Попытки разбить лед, интерпретируя глубинные бессознательные желания, вызвали у нее обиду, депрессию, мысли о самоубийстве и прекращении лечения. Эти тревожные сигналы заставили меня быть очень осторожным.

Но несмотря на упорное сопротивление и закрытость, нельзя было не заметить возраставшего интереса пациентки ко мне. Она была сверхпунктуальна, приходя на сеансы, все больше и больше интересовалась их содержанием (хотя вначале и критически), стала пользоваться духами, оставляя надолго после себя «подарок».

Эти перемены указывали на новую тему в наших отношениях. По мере продолжения терапии мать пациентки все больше начинала ревновать, в частности из-за того, что, по словам пациентки, в их спорах я часто фигурировал как главный арбитр. Ее мать дважды звонила мне, пытаясь привлечь меня на свою сторону; я пресек эти попытки с самого начала. И наоборот, независимость пациентки стала излюбленной нашей тематикой. С большими подробностями она рассказывала, как ее мать беспрестанно пытается вмешиваться в ее жизнь, о ее инфантильности и ревности; она искала у меня поддержки в борьбе за бóльшую независимость. В этой фазе терапии наши отношения были в значительной мере свободны от открытой напряженности.

Поворотным пунктом стал первый летний перерыв, продолжавшийся несколько недель. Непосредственно перед отпуском появились незначительные признаки этого изменения; однако главной темой тогда оставались ее конфликты с матерью. И только на последнем перед отпуском сеансе у пациентки проявилось тревожно-депрессивное и скептическое настроение. Невольно я принял на себя роль защитника терапии, в то время как пациентка непрерывно продолжала отрицать ценность каждого позитивного признака. В тот же день вечером пациентка позвонила мне и прямо сказала о намерении покончить с собой. Она втянула меня в длинный телефонный разговор, в ходе которого мы подробно обговаривали содержание последнего сеанса.

Пока я был в отпуске, Гертруда X снова обратилась за поддержкой к своему семейному врачу. Очень скоро у них возник серьезный спор, после которого она выпила большую дозу снотворного, из-за чего я был вынужден принять ее. Я заметил торжествующие нотки в том, как она описывала эти события. Наши

отношения после летнего перерыва напоминали те, что были вначале: пациентка была скептически и пессимистично настроена по отношению к успеху терапии. Основываясь на переживаниях лета, она снова и снова подчеркивала, что ей не стоит ни на что надеяться. Рано или поздно она снова окажется одна, без всякой поддержки. Предвидя новую попытку суицида, я старался показать пациентке, что сопереживаю ей, и объяснить, что это останется с ней и после окончания терапии. Хотя в ее высказываниях был элемент шантажа, я не стал его обсуждать, опасаясь дальнейших осложнений.

Обстоятельства в моей личной жизни усугубили эти конфликты на данной стадии терапии. Пациентке несложно было выяснить, что я разводился и что моя семья переехала в другое место. На сеансе она только вскользь упомянула об этом факте, но я заметил, что она пытается больше узнать о моей личной жизни, следуя за мной на машине. Я проинтерпретировал этот факт как то, что пациентка начала проявлять ко мне любопытство и фантазировать по поводу совместной будущей жизни со мной. Результатом этой интерпретации была новая попытка совершить суицид: она приняла снотворное. Класть пациентку в больницу необходимости не было, но это событие сделало меня более уязвимым для шантажа. Гертруда X стала чаще звонить мне после сеансов. Хотя я регулярно напоминал о том, что подобные вещи необходимо обсуждать на следующем сеансе, но больше не рисковал настаивать на этом и поэтому снова и снова оказывался втянутым в длинные пререкания по телефону. Такое положение дел продолжалось очень долго. Во время сеансов пациентка была молчаливой, отвергала все интерпретации и подчеркивала безнадежность ситуации. Я пытался, с одной стороны, подбодрить ее, а с другой — конфронтировать с ее скрытым сопротивлением. Обычно она обижалась на это и часто звонила мне после сеанса — «чтобы пережить уик-энд». Хотя я отметил, что социальные контакты пациентки несколько улучшились, в частности она стала меньше конфликтовать с начальником, это не имело большого значения для терапевтического процесса. Находясь в такой тупиковой ситуации, я не решался говорить об окончании терапии, так как существовала огромная опасность, что одно упоминание о конце повлечет за собой попытку самоубийства.

Кульминацией и завершением этого мучительного конфликта стал звонок пациентки, когда она сказала, что только что приняла, вероятно, смертельную дозу снотворного. Она звонила мне из телефонной будки неподалеку от моего офиса. В такой критической ситуации нужно было действовать быстро. Я тут же поехал туда, посадил ее в машину и отвез в больницу. Эта совместная поездка в моей машине, прием ее дежурным врачом

из неотложной помощи и т.д., безусловно, в огромной степени удовлетворили перенос. На короткий период мы выглядели как супруги, хотя и отчужденные друг от друга. Тем не менее в этот момент наши отношения достигли той точки, где я счел необходимым сказать ей (после ее выписки из больницы), что своими активными действиями она заставила меня обеспечить ей медицинскую помощь, но что таким образом я перестал быть ее аналитиком, так как не смогу больше помочь ей в этом качестве. Впоследствии она пыталась заставить меня изменить решение, пугая самоубийством, но твердость, которую я проявил в конце лечения, помогла прийти к компромиссному решению.

Комментарий. Описанная здесь динамика лечения явилась результатом типичных для начинающих аналитиков ошибок. Однако часто такие ошибки начинающего аналитика отражают понимание процесса лечения, характерное для той школы психоанализа, приверженцем которой он является. Ретроспективно можно выделить следующие нежелательные обстоятельства:

1. Для преодоления возникающих кризисных ситуаций недостаточно работать только с переносом и сопротивлением, если эта работа не приводит к улучшениям в реальной жизненной ситуации пациента. Пациентка должна была смириться с тем, что она, скорее всего, никогда не выйдет замуж; поэтому тот факт, что аналитик пробудил в ней нереалистические надежды, имел антитерапевтические последствия. Неосознанные фантазии терапевта о своей роли спасителя оказали в данном случае нежелательное влияние.
2. Так как у пациентки не было партнера, фокусирование на бессознательных влечениях переноса должно было иметь антитерапевтический эффект, так как упоминания о влечениях переноса снова вызывали нереалистические надежды. На начальном этапе лечения аналитик оказался в роли соблазнителя, что губительно отразилось на дальнейшем ходе анализа.
3. Осталась непроработанной (особенно в первой трети анализа) тема об использовании пациенткой терапии как оружия против своей матери и о том, что терапевт вынужден встать на чью-либо сторону. Вследствие этого агрессивные импульсы пациентки, неизбежно возникшие после крушения надежд, стали направляться на людей вне терапевтической ситуации, что подготовило почву для возникновения впоследствии нежелательной коллизии.
4. Из-за серьезной угрозы самоубийства аналитик сопереживал пациентке в большей степени, чем того требует аналитическая установка. Это затрудняло интерпретацию агрессивных импульсов, особенно самой угрозы самоубийства как средст-

ва принуждения аналитика. Именно на этой фазе терапии усилилась имевшаяся и ранее тенденция пациентки вести себя с аналитиком как с реальным партнером; пациентка и аналитик не размышляли вместе над той ролью, какую перенос играл в поддержании ее самооценки. Семейная ситуация терапевта, о которой пациентка каким-то образом узнала, усилила ее иллюзорные надежды. Если незамужняя пациентка, неспособная справиться с одиночеством, лечится у терапевта того же возраста и тоже одинокого, а возможно даже несчастного, то социальная реальность такой констелляции оказывается настолько сильной, что они, скорее всего, не смогут сконцентрироваться лишь на невротических компонентах надежд пациентки. Почти неизбежным результатом такой ситуации будут определенные ожидания и разочарования, имеющие антитерапевтические последствия.

5. Было почти неизбежным, что терапевт, испытывая груз разочарований и сложностей, по меньшей мере часть которых он вызвал сам, не смог противостоять давлению собственного чувства вины и позволил втянуть себя в телефонные разговоры, оправдывая свое поведение. Само собой разумеется, что, пытаясь оправдать себя, терапевт использовал доводы, исходя из собственных интересов, а не из нужд пациентки; а это в свою очередь активизировало тайные надежды пациентки на то, что терапевтические правила можно нарушить. Показательным в этом смысле является то, что терапевтические рамки снова обрели значимость именно в тот момент, когда терапевт признал свое поражение и сказал, что это означает конец терапии.

2.2.5 Негативный перенос

Негативный перенос является особой формой сопротивления, способной свести к нулю возможность аналитика действовать. Заходит ли терапия в тупик? Относится ли пациент к такого рода людям, которые, с одной стороны, стремятся к изменениям (иначе они и не произойдут), но в то же самое время не допускают никакого терапевтического воздействия аналитика? Каким образом каждый из них, аналитик и пациент, выходит из этого хронического тупика?

Аналитик в соответствии со своими целями может стараться распознать причины негативной установки, противодействующей его влиянию. Он может стремиться прервать воспроизведение этой установки и по крайней мере преобразовать ригидное сопротивление в мобильную войну и открытые враждебные действия. По этой военной метафоре нетрудно понять, что аналитик страдает от такого своего бессилия. Выносить это поло-

жение беспомощности станет легче, если попытаться обнаружить тайное удовольствие, которое получает пациент от поддерживания и регулирования такого баланса власти. Это дает надежду на то, что понимание деструктивных последствий такого приятного контроля может привести пациента к нахождению новых способов получения удовольствия. Отход от привычных путей и поиски новых пространств связаны с потерей защищенности, на что не согласится никто до тех пор, пока не откроются новые и многообещающие источники удовольствия и, что даже более важно, пока эти новые источники не возникнут именно тогда, когда человек в них станет нуждаться.

На последнем сеансе с Кларой X, пациенткой с неврозом анорексии, я недвусмысленно указал на существование глубокого и широкого расхождения между тем, что она говорит здесь, и тем, как она ведет себя вне аналитической ситуации, и в целом между ее мышлением и поведением, а также на то, что она отделяет эти стороны своей жизни друг от друга. Я попытался внушить ей, что хотя она и страдает от этой дихотомии, но в то же время пользуется связанной с этим властью и что я ничего не могу с этим поделать. Смысл моих слов был следующим: «У вас есть власть, а я беспомощен, и я могу почувствовать всю полноту вашей власти». Внешне она казалась спокойной; она была мирным диктатором и даже не осознавала своей ужасающей силы, делающей меня беспомощным.

Первые же слова пациентки на следующем сеансе показали, какой удар я ей нанес; она спросила, глядя на мухобойку: «Вы бьете мух зимой?» — и сразу же добавила: «Вы бьете этой штукой пациентов?» На мою интерпретацию: «Вы думаете про прошлый сеанс» — она немедленно ответила достаточно рефлексивно: «Да, это очень сильно задело меня».

П: Мне кажется, ваша *критика* означает, что, хотя я и сожалею о своей неспособности что-либо делать, я сознательно настаиваю на своих привычках, чтобы не дать вам вмешаться и чтобы сохранить свою независимость.

А: Но не со злым умыслом. Вам трудно не воспринять сразу мои мысли как критику. Иначе бы вы могли критично взглянуть на свои привычки сами, а возможно, увидеть и почувствовать, что существуют другие, более широкие возможности для их удовлетворения. Но если вы закрываете на это глаза и сохраняете что-то устоявшееся в неприкосновенности, то у вас остается очень мало пространства для изменений и для того, чтобы идти своим путем.

П: Я могу быть еще более упрямой. Вы бы поинтересовались, как обстоят дела с моим весом.

Затем пациентка заговорила о том, что существует только одна вещь, которая могла бы заставить ее отказаться от своего упрямства, а именно желание иметь еще одного ребенка. Но это желание было тут же блокировано мыслью о том, что она тогда снова станет рабом материнских забот. Я вычленил эту линию размышления.

А: Отсутствие упрямства привело бы к неясной и неоднозначной цели, к тому, что вы бы снова стали матерью, а это ощущается как несвобода.

П: Но тогда я должна была бы отказаться от многого еще резче. Тогда я должна была бы быть женственной и терпеливой, ждать дома мужа, быть в хорошем настроении и стараться ему угодить, быть как можно более милой и разговаривать тихим, нежным голосом. Но осторожно! Сюда не входит получение удовольствия от физических движений, а социальные контакты в значительной степени придется оставить, и мне нужно будет отказаться от всяких надежд сделать карьеру. Одна сомнительная ситуация сменяется другой. Мое самое страстное желание [пауза] — чтобы меня принимали все и чтобы я сама себя принимала.

А: Другими словами, разрешить эти противоречия.

П: Это иллюзия, что они разрешатся, если у меня будет второй ребенок. Я буду точно так же беспокоиться, что я плохая мать и все делаю неправильно.

А: Уверен, что у вас есть глубинное желание преодолеть эти противоречия, но оно нестабильно. Вы приводите эти примеры, чтобы избавиться от чувства стыда за желание иметь ребенка. Вы любым способом стараетесь избежать этого чувства стыда, которое к тому же мешает вам прочувствовать многие счастливые минуты.

После этой интерпретации пациентка заметила, что просто не видит способа что-то изменить путем разговоров.

Примечание. У меня было ощущение, что я веду себя так, будто хотел сделать для нее что-то особенно привлекательное, будто ангел усилил мою способность к убеждению. Я был уверен, что эта фантазия возникла потому, что какое-то время назад пациентка сделала копию картины прерафаэлита Росетти «Благовещение» и принесла ее, заметив, что у хрупкой, явно истощенного вида Марии, возможно, была анорексия.

Я сослался на это в своей следующей интерпретации.

А: Я — вроде ангела, возвещающего благую весть, а вы — аноректичная неверующая Мария. Ангел помогает мне убеждать вас, но я превращаюсь в дьявола, вводящего в заблуждение; а вы достаточно умны, чтобы знать, и вы действительно знаете, что это ложь, потому что обещанного спасения не будет.

Затем пациентка — будто произнося молитву и после долгого молчания — сказала:

П: Гм, кто взял тебя, о Дева, в рай, хвала тебе. Пресвятая Дева Мария, будь благословенна; конечно, я не верю, ведь мой отец — еретик, сидящий на облаках в раю, но не потому, что святой Петр его впустил, а потому, что ад был переполнен. Вы сказали также, что он был слишком большим еретиком и то, что он говорил, было слишком неправдоподобно.

А: Вы могли бы сначала дать мне шанс, чтобы мои слова прозвучали у вас в ушах, как если бы это были слова ангела, дать шанс самой себе.

П: Господи Боже! Неужели мне нужно родить второго ребенка, чтобы избавиться от ощущения, что меня раздирает на части?

А: Нет, я не думаю, что для этого вам нужен еще один ребенок. Вы уже сами сомневались, имеет ли смысл рожать второго ребенка. Потом вы снова ощутите двойственность. Второй ребенок — это тюрьма для вас. Разве вы хотите сами себя посадить в тюрьму? Ни один человек этого не хочет. Поэтому дело заключается в том, чтобы более внимательно прислушаться к тому, в чем вас убеждают, и к самой себе в тот момент, когда вы принимаете решение, которое может отправить вас в тюрьму. Речь идет об удовольствии — ради него самого, и вы, весьма вероятно, всегда будете находить его в том, в чем находите его сейчас, например когда что-нибудь едите ночью.

П: [После 4-минутной паузы.] Мысль о том, чтобы набрать вес, и о еде не имеет никакого отношения к удовольствию и к ощущению, что я могу принять себя, или что я принимаю себя, или что меня принимают другие. Я могу это сделать, только если буду убеждена, что это необходимо для второго ребенка, и никак иначе. Если я достаточно хорошо защищена, то получаю полное удовольствие от своей внутренней противоречивости.

А: Цель именно и заключается в том, чтобы удовольствие было цельным, а не расчлененным.

П: Мне жаль, что это длится лишь мгновения и редко связано с хлебом, или едой, или обычными способами хорошо провести время. У меня сейчас появился смешной образ. Если та, что страдает анорексией, поддастся и протянет палец, эта необычная фигура гермафродита, Гавриила — или кто там должен быть, — повиснет, неважно, ангел ли это мужского или женского рода. В одной руке у него букет лилий, а в другой — мухобойка, и если он вытянет подальше палец, то пришлепнет муху. Подумайте о том, что быть матерью — это огромная ответственность.

А: Только не вытягивайте палец слишком далеко и держите лилии под носом у ангела, чтобы он нюхал. И тогда появляются безобразное слово «анорektичный», не слишком приятные «*Hexe*» [ведьма], «*анорексия*». Это вызывает у вас самой, так сказать, предчувствие мухобойки, того, что вас эта мухобойка прихлопнет. Вы употребили отвратительное слово.

П: Я всегда так делаю. Говоря о себе, я употребляю все те слова, которые когда-либо употребляли другие, говоря обо мне, а это было оскорбительно. Этот известный способ избежать нападения, нанеся удар самой себе, делает мою жизнь сносной. Очень полезное изобретение.

Читатель не мог не заметить того факта, что Клара X дала точное определение «идентификации с агрессором». С терапевтической точки зрения было бы нежелательно, чтобы после моих агрессивных интерпретаций этот процесс повторился и, таким образом, усилился.

Остаток сеанса мы говорили о прямых и открытых высказываниях.

А: Вы просили меня прямо и открыто говорить вам то, что важно, а не быть уклончивым. Я надеюсь, что вы предъявляете это требование и ко мне, и к себе самой. Вы хотите услышать все определенно и откровенно. Вы хотите быть вне двойственности. Это все та же самая проблема, и сегодня она стоит особенно остро. Я почти что благодарен вам за то, что вы предоставили мне благоприятную возможность.

На следующем сеансе после длительного молчания пациентка, вспоминая об этом, сказала: «Да, после прошлого сеанса у меня действительно было чувство целостности и удовлетворенности. Если я ничего не скажу, то это снова пропадет».

А: Да, мы говорили о разрешении. И я чувствовал то же, что и вы. И даже поблагодарил вас за это.

П: Хотя я не знаю, за что вы хотите меня поблагодарить.

А: Ну, это выражение радости. У меня было такое чувство, ну... [нерешительно], что огромная пропасть, разделяющая нас, стала меньше.

П: А вы считаете, что есть широкая пропасть?

А: Да, я вижу огромную пропасть между действиями и поведением, между действиями, поведением и словами и между словами и мыслями.

П: А вам не кажется, что, когда вы начинаете говорить, это противоречие сразу же появляется снова?

А: Да, возможно, но здесь также можно прийти к взаимному согласию, как это было на прошлом сеансе. Мышление, действия и слова — это разные вещи, но они не должны быть так далеки друг от друга, как это иногда бывает у вас. Есть

оптимистические признаки того, что они все больше начинают сходиться.

П: [После 2-минутной паузы.] Ну вот, как раз поэтому я не решаюсь сказать о том, что мне пришло в голову. Я думаю, что это может вас снова разочаровать. Теперь вы можете сказать «Ну, к этому я привык».

А: Нет, я не скажу этого — хотя это правда, — я бы скорее сказал, что это тяжелый путь, полный разочарований. Вы знаете, каково это.

П: Я думаю о том, почему у меня сейчас разочарований больше, чем обычно.

А: Это связано, возможно, с тем, что, когда вещи сильно приближаются друг к другу, они становятся слишком горячими; когда вы приближаетесь к кому-нибудь, это выбивает вас из колеи и вы отступаете.

Клара Х снова вернулась к вопросу о ее роли хозяйки и матери, о второй беременности и о том, должна ли она с этой точки зрения заставить себя пополнеть. Она рассказала историю о бесплодной женщине и сказала, что будет смотреть на себя как на неудачницу, если не «сделает» второго ребенка. Дальше стало ясно, что за последние месяцы ее телесные ощущения изменились, возможно в результате терапии. Я согласился с ней в том, что целью является достижение новых, измененных телесных ощущений и, вследствие этого, приобретение нормального веса. Анорексия развилась у пациентки вскоре после начала месячных, поэтому аменорея также возникла очень рано. В результате гормонального лечения она забеременела и родила здорового ребенка (сына). Я объяснил пациентке, что менструальный цикл может установиться у нее не раньше, чем она наберет определенный вес. Гормональная регуляция менструального цикла настолько сильно зависит от количества жира в теле, что прекращение или возобновление менструаций можно предсказать, исходя из веса женщины. Психогенные факторы играют лишь незначительную роль в прекращении или возобновлении менструаций.

Клара Х отказалась выполнить обязательное для появления месячных условие, а именно набрать нормальный вес. Она сказала, что это ничего не дает для будущего и не является для нее побудительным мотивом.

А: Почему новые телесные ощущения имеют смысл, только если у вас будет второй ребенок? Мне кажется, вы могли бы достигнуть нормального веса, если бы у вас были и другие чувства по отношению к жизни. От нее вы могли бы получать тогда больше удовольствия, хотя, быть может, встречаясь с разочарованиями. Думаю, что есть и другие вещи, кроме ребенка. Я выступаю защитником нормального веса, но вы не-

верно судите обо мне. Я убежден, что вы могли бы чувствовать себя лучше. И если вам кажется, что вы можете разочаровать меня, то это происходит потому, что вы приблизились к очень сильным, горячим чувствам, к горячей печке.

Комментарий. Борьба с симптомами и стремление изменить вес заняли слишком много места в терапии. Негативный перенос не был прослежен до момента разочарования пациентки в эдиповом желании занять в переносе позицию ребенка. Был один намек на это, но он не получил развития. Упоминание аналитиком образа «горячей печки» было намеком на сексуальные чувства пациентки; она часто использовала этот образ, говоря о своих ощущениях и о гениталиях. Безусловно, были и другие, более глубокие аспекты, так что неудача аналитика могла быть также связана с чувством незащищенности. Возможно, за разговорами о втором ребенке и телесных ощущениях стояло влечение пациентки к своей матери и стремление снова стать матерью. Пациентка выразила это влечение в сравнении с доброй феей, на коленях у которой можно было чувствовать себя в безопасности. Пациентка использовала негативный перенос и негативизм для самозащиты от вызывающего тревогу слияния, а в конечном счете от сепарации, так же как и от разочарований и отвержений.

Прочитав это сообщение, Клара X дополнила его следующим диалогом с воображаемым читателем:

Читатель: Мне было очень интересно читать то, что написал ваш аналитик, и я подумал, что это довольно разумно. А что вы могли бы сказать со своей точки зрения?

Клара X: Когда я в первый раз проглядывала текст, очень быстро и лихорадочно, то спросила себя, о ком это он пишет. И предположила, что, может быть, о миссис X? Разве он это мне когда-нибудь говорил? Я нашла кое-какие выражения и детали, которые действительно могли быть только в моем собственном анализе, но я просто многое забыла.

Читатель: Да? Забыли?

Клара X: Приведенный здесь кусок анализа относится к очень давнему времени. А кроме того, я думаю, миссис X очень неприятная, даже омерзительная женщина. Я могу представить ее перед собой на кушетке — я сижу сзади нее — в виде жирного черного навозного жука, который все время шевелит в воздухе своими лапами и скрипит: «Я не могу сдвинуться с места, не могу, не могу!»

Читатель: Навозный жук, лежащий на спине, действительно беспомощен.

Клара Х: Да, но боюсь, что, если этому жуку — миссис Х — дадут соломинку, чтобы можно было перевернуться, она только будет ворчать: «Я не хочу соломинку! Или дайте орхидею, или я останусь там, где была!»

Читатель: Используя этот образ — он идет от Кафки, не так ли? — вы говорите о том, что аналитик назвал «негативизмом, не поддающимся моему воздействию». Вы даже сели на его место (сзади пациента). То, что он говорил про вас, это верно?

Клара Х: Мне кажется, что да. Может быть, это слишком верно, и мне от этого стыдно. В соответствии с моим представлением о том, какой я хочу быть, я иду вперед только на собственных ногах. Но почему я была такой упрямой во время анализа?

Читатель: Вы не хотели принимать никакой помощи, даже соломинки.

Клара Х: Это для меня не открытие! Я хочу оправдаться; я хочу отбросить в сторону все, что мешает мне, и поэтому я так и вела себя, не принимая никакой помощи, которую мне предлагали. Но это не приводит ни к чему, кроме повторения жалоб, я через это прошла во время терапии.

Читатель: Но все-таки, расскажите мне, на что вам приходится жаловаться.

Клара Х: Я всегда чувствовала глубокое разочарование. Я стремилась к чему-то более тесному, близкому, к агрессивному физическому контакту, так сказать. У меня хорошо подвешен язык, и я прекрасно могу использовать слова, чтобы держать партнера на расстоянии. Я выросла в окружении слов. Мои родители больше говорили, чем прикасались ко мне. Моя мать сказала себе, что неспособна по-настоящему получать удовольствие от своих детей, пока она не сможет с ними разговаривать. «Я не могу и не могла очень много возиться с маленькими детьми, которые ползают по полу, лепечут, пускают слюни, пачкаются едой, которым разрешается залезать к вам на колени, с которыми вы обнимаетесь и дурачитесь». Атмосфера в семье была не холодной, а прохладной, как ранней весной. Можно ощущать в воздухе аромат фиалок и предчувствовать, что скоро будет тепло, но все равно нужно надевать свитер...

Читатель: И конечно же, это предчувствие, это обещание будит непомерные желания.

Клара Х: Именно так. В конце концов, должен же наступить праздник. А вместо этого — еще одно облако и еще один ливень. Родители требовали, чтобы дети были разумными, понимающими, контролировали себя. Они взывали к гордости, говорили, что я уже большая. Я воспроизвела это положение в терапии. И страдала от него. Между прочим, я так же вела себя со

своим сыном. Он начал говорить очень рано. Когда ему было около двух лет, он приходил на кухню, чтобы быть рядом со мной, и мне надо было бы оторваться от дел и похвалить его. А что я делала вместо этого? Я ему говорила, чтобы он поиграл с кастрюлями.

Читатель: А вы не можете сократить эту дистанцию словами?

Клара X: К счастью, я знаю, что могу. Иногда я различаю для себя язык и речь. Например, можно сказать «язык злобы» или «язык любви», но нельзя сказать «речь любви». Речь может быть о любви. Но это пустая соломинка, в то время как язык...

Читатель: Это зерно, из которого делают хлеб.

Клара X: Вы понимаете меня. Когда двое людей говорят друг с другом, что-то на самом деле происходит. Во время терапии я потеряла массу драгоценного времени, говоря *о* фактах, о каких-то симптомах, ходя по кругу. Боюсь, что иногда я неосознанно водила аналитика за нос, и он тоже ходил по кругу за мной.

Читатель: Вы так думаете? По крайней мере у него, наверное, много терпения.

Клара X: Да. И когда наши разговоры были совсем непродуктивными, я вряд ли представляла себе, что он тоже почти парализован. Я допускаю, что была счастлива, когда мне удавалось задеть его, взволновать. Но ребенок воспринимает только собственную — очевидную — беспомощность. Он однажды даже назвал меня тираном, когда пытался прояснить сопротивление. Это меня обидело, чего я никогда не забуду. Я была возмущена и по дороге домой процитировала сама себе начальные строки шиллеровского стихотворения «Порука» — о тиране Дионисии, с которым хотел покончить Мерос.

Читатель: Такие вещи могут кое-что и сдвинуть, не правда ли?

Клара X: Сдвинуть — да! Я как раз и надеялась, что это произойдет, когда пыталась создать ситуации, в которых мы с ним делали бы что-то вместе. Я разочарована тем, что не научилась быть более непосредственной. Например, я предложила, чтобы один сеанс мы провели во время прогулки.

Читатель: И что получилось из этой прогулки?

Клара X: Дело не пошло дальше обсуждения. Он не считал это предложение совсем абсурдным, неприемлемым или детским. Он оставил вопрос открытым, а потом я и сама отказалась. Моя мотивация истощилась. Мотивация и удовольствие. Мне жаль, что я не научилась быть более непосредственной.

Читатель: Но вам нравилось проходить терапию, несмотря ни на что?

Клара X: Да. В конце концов, я чувствовала, что получаю больше внимания и понимания, чем с людьми, формально более близкими мне, с которыми я связана в повседневной жизни. Мое сопротивление было сильнее, и это был признак моей стабильной привязанности, если не сказать любви, к аналитику. Бессознательно я говорила: «Посмотрите, у меня еще остались кое-какие недостатки, поэтому я в вас нуждаюсь. Потому что для вас, как и для любого другого, приятно быть нужным. Я регулярно и пунктуально приношу вам свои огорчения, свои образы (а иногда даже настоящие картины) и деньги. Я исполняю свою роль, чтобы вы могли выполнять свои задачи и зарабатывать на жизнь. Но в то же время я стараюсь не требовать от вас слишком многого, отнимать у вас слишком много сил и времени, потому что в жизни я только в ограниченной степени пользуюсь вашими советами».

Читатель: Хм, есть немного от мании величия, но убедительно.

Клара X: Вот поэтому выражение «негативный перенос» кажется мне неудовлетворительным. Мое отношение отчасти питалось теми чувствами, которые я ощущала как положительные. Когда моя мать говорила: «Мне не нужно беспокоиться за свою дочь, она просто побегает здесь, на нее можно положиться, слава Богу», то я воспринимала это как большую похвалу. Я считала, что мой аналитик, безусловно, тоже будет доволен моей тенденцией принимать только очень ограниченную помощь.

Читатель: Я как раз подумал, что если кто-нибудь предубежденный против психоаналитического лечения читает сейчас нашу беседу и собирает контраргументы, то это для него истинное удовольствие. Терапевтические отношения, которые поддерживаются сами собой. У клиентки сохраняются симптомы, потому что лежать на кушетке так приятно и привычно!

Клара X: Конечно, я знаю таких людей. Вы можете говорить им все что угодно. Они слышат только то, что им хочется услышать. Но я знаю, что я изменилась. В моей жизни произошли радикальные перемены, и они произошли в результате моих собственных действий. При эмоциональной поддержке, которую я получала в терапии, я смогла распутать этот узел, что казалось невозможным долгое время и от чего я старалась уйти в небытие. Возможно, что единственной целью, которую я видела все годы анализа, было распутывание этого узла. Другие проблемы были тоже важны, но они были в конечном счете вторичными.

Читатель: Это, безусловно, так. Но тем не менее можно сделать критическое замечание?

Клара X: Я знаю, что вы такой же сумасшедший, как и я.

Читатель: Да?

8 1031

Клара X: Тот, у кого всегда найдется «но» на любое утвердительное высказывание. Давайте выкладывайте!

Читатель: К другим, так сказать, вторичным проблемам вы относите привычки, вес, внешний вид, здоровье, телесные ощущения, способность переносить близость с другими, нет, воспринимать эту близость с удовлетворением, а не убегать всегда... Не обманываетесь ли вы глубоко, когда относите все это к вторичным проблемам?

Клара X: О Господи! Я не считаю себя вылечившейся. Но я не виню в этом терапию, и это не дает мне ощущения неполноценности. Я знаю, что нахожусь в опасности, и мне нравится балансировать на краю пропасти. Но, может быть, в будущем я смогу лучше с этим справляться. А пока я получаю достаточно много удовольствия от жизни, которую не «разбиваю» намеренно собственными руками.

Примечание. Глядя ретроспективно, можно сказать, что тот дефицит, на который жаловалась Клара X, восполнить было невозможно, поэтому вопрос о том, могла ли бы терапия быть более успешной, если... должен остаться без ответа. Это «если» может быть связано со многими ситуативными моментами. Должен ли я был немедленно вставать и идти с пациенткой на прогулку? И что должно было произойти во время прогулки, что создало бы нечто новое в смысле непосредственности, к которой так стремилась Клара X? Однажды, без всякого предупреждения, Клара X пригласила меня к завтраку, который она принесла с собой, и накрыла на стол в моем офисе. Я был, конечно, удивлен, но не раздражен, и вел себя, по крайней мере с моей точки зрения, вполне естественно. Я уже позавтракал к тому времени, поэтому лишь выпил чашку кофе. Клара X ела фрукты и пшеничные хлопья. Чего она ожидала от этого завтрака, осталось неясным, и ретроспективно можно сказать, что успеха это не принесло.

Комментарий. Так как последующие рассуждения о том, какое реальное или символическое желание было удовлетворено и что ускорило появление изменений в жизни Клары X, являются чистой спекуляцией, мы упомянем лишь несколько основных моментов, лежавших в основе аналитической стратегии. К жалобам и обвинениям пациента в широком смысле слова следует относиться весьма серьезно. Это расширяет рамки психоанализа, вовсе не приводя к этически сомнительным или технически фатальным нарушениям правил. В классической технике границы были, несомненно, слишком жесткими, и побочным эффектом этого стали рискованные эксперименты Ференци. Обладая гибкостью, аналитик должен понимать, что претензии и жалобы пациента на депривацию и ограниченность отношений с

аналитиком выполняют функцию, которая уходит корнями в невротическую неудовлетворенность. Если аналитик предполагает, что недостатки и дефекты напрямую являются результатом того, что происходило в детстве и в течение жизни человека, то тогда существует мало возможностей для изменений. Строго говоря, нельзя прямо поместить эти события в ретроспективу. Профессиональные психотерапевтические средства, какого бы они ни были происхождения, в любом случае будут иметь узкие границы. Анна Фрейд (A. Freud, 1976, p. 263) считала, что человек может изменить только то, что он совершил сам, а не то, что было совершено другими по отношению к нему. Здесь не учитывается, что невротическое расстройство как раз и заключается в неспособности действовать. Претензии пациента, что он недостаточно получает от терапии, защищают его также от рискованных попыток воплотить потенциал своих мыслей и действий. Очевидно, что аналитику не удалось в достаточной мере освободить Клару X от созданных ею же самой ограничений, не позволявших ей нормализовать межличностные отношения как в настоящем, так и в прошлом. Хотя при неврозе анорексии человек отрицает, что он страдает от вызванного им самим голода, тем не менее положение остается все тем же и усиливает дефицитарное состояние. В рассказе Кафки «Голодарь» герой жалуется на недостаток в его жизни понимания и любви. Когда несчастный умер от голода, в клетку на его место поместили пантеру. Рассказ заканчивается тем, что вместо «мастера голодания» публике показывают пантеру. Примирить пациента с пантерообразными компонентами его собственного Я — задача не из легких.

2.3 Значение истории жизни

2.3.1 Вторичное открытие отца

Двадцать лет назад Фридрих Y периодически страдал от сильной депрессии. Симптомы были настолько серьезными, что вопрос о психотерапии в то время даже не поднимался. После первичного амбулаторного курса лечения антидепрессантами ему назначили в качестве профилактического средства литий, который он продолжает принимать и сейчас. Хотя за это время психотических колебаний настроения у него не наблюдалось, Фридрих Y сказал, что приподнятость настроения часто сменялась мрачностью.

Долгие годы он откладывал психоаналитическое лечение, а теперь впервые осмелился и был согласен на длительное ожидание. В течение многих лет он чувствовал себя «замурован-

ным» и поэтому стремился к психотерапевтической помощи. Он образно описал свое состояние: как будто он живет под слоем бетона и должен пробивать его каждое утро, когда просыпается; он утверждал, что это состояние вызвано многолетним приемом лития. Показаниями для психоанализа были депрессивные нарушения работоспособности и межличностных отношений, очень ясных в психодинамике и, возможно, обусловленных невротическими конфликтами.

За полтора года анализа пациент достиг большого прогресса, в частности стал более уверенно чувствовать себя на работе. В результате этих изменений, которые произвели на него большое впечатление, у него появилось желание попробовать дальше обходиться без приема лития. Для принятия решения требовалось учесть вопрос о соматических и психологических побочных явлениях, связанных с приемом лекарств. Шоу (Schou, 1986) сообщает о случаях изменения личности, наступившего в результате приема лития. Обсудив с психиатром всю историю болезни Фридриха Y, мы решили, что можно постепенно снижать дозу лекарства и в конечном счете прекратить прием.

Следующий фрагмент относится к тому периоду, когда проявлялись мои тревоги и беспокойства, связанные с волей-неволей взятой на себя ответственностью.

В тот день снова стало очевидно, какой большой прогресс совершил Фридрих Y. Однако я был озабочен тем фактом, что он крайне мало знает о своем отце, о чем мы уже неоднократно говорили. Его воспоминания об отце, умершем, когда пациенту было тринадцать лет, ограничиваются возрастом не ранее семи-восьми лет. Более ранний период его детского развития представлялся смутно. Хотя он многое помнит из того времени, это касается в основном матери; с отцом же были связаны только немногие воспоминания о воскресных прогулках и о том, что тот работал в своей мастерской «как сумасшедший». Лавка находилась прямо в доме, и его отец, швабский ремесленник, уединялся там от жены, которая была полновластной хозяйкой на втором этаже и требовала от всех порядка и послушания.

Когда пациент был мальчиком, обычно ему не разрешалось входить в лавку, и он чувствовал себя отдаленным от отца. Он все больше подпадал под влияние набожной матери-ханжи. Две его сестры в результате такого воспитания уже пребывали в депрессии. С ним произошло то же самое, когда он, поступив в университет, уехал из дому.

Помня об этой предшествующей истории жизни, я попытался помочь ему осознать дистанцию между нами. Я сказал ему, что он описывает волнующие события, происходившие в его жизни, и что я с большим удовольствием слежу за повествованием, но при этом заметил, намекая на перенос, что он вряд ли

понимает мою «кухню». Обычно он входил в кабинет, ложился на кушетку, снимал очки и отвлекался от всего, кроме данной конкретной ситуации.

Фридрих Y со смехом согласился со мной. Он как раз заметил это сегодня, когда снимал очки. Более того, он в свое время тренировался в расфокусировке зрения, чтобы уметь полностью концентрироваться на внутренних образах и мыслях. Когда я подчеркнул его стремление ничего не видеть, он прервал меня.

П: Как будто я стою перед «морозным» стеклом; в двери мастерской отца было такое.

А: Да, это замечательная параллель. Но удивительно и то, что после двух с лишним лет анализа мы так мало знаем про вас и вашего отца, как будто смерть вычеркнула его; и про то, как вы воспринимаете происходящее здесь.

П: [После краткого молчания.] Да, это верно. Я очень доволен тем большим прогрессом, которого достиг, но на самом деле я не знаю, как это происходит, как это получается. Я не знаю, это очень туманно для меня.

А: Возможно, это и должно оставаться в тумане, чтобы не возникло конфликта со мной.

На одном из последующих сеансов пациент посвятил много времени разговору об отце и тому примечательному феномену, что его представление об отце было очень ограниченным, несмотря на то что в течение десяти лет отец работал дома, в своей мастерской. Он вырос с ощущением, что всегда стоял под дверью. Возможно, его огорчало, что в отношениях с матерью отец никогда не мог настоять на своем. На этот раз пациент упомянул не только мать, но и мать отца, свою бабушку. Она была очень жизнерадостной женщиной, и ей, видимо, нравилось быть на пенсии; она приходила к ним каждый день, ела вместе с ними и баловала детей шоколадом — отец это поощрял, а мать ругала. По-видимому, отцу нравилось, когда дети веселые и что бабушка, ставшая к старости более мягкой, их балует.

После смерти отца пациент фантазировал о нем. Он видел отца сидящим в раю и наблюдающим за его мастурбацией. Когда он в первый раз упомянул этот образ, то описал выражение лица родителя скорее как строгое и злое. На сегодняшнем сеансе он попытался разделить этот образ, сказав, что, наверное, строгое и злое выражение лица принадлежит матери, а отец смотрел на него по-другому, как будто чувствовал нечто общее с ним — в том, чего никогда бы не одобрила мать.

А: Итак, можно предположить, что образ отца в раю описывает сохранившуюся между вами связь и что вы таким образом победили смерть.

П: Да, я совсем не мог плакать, не мог страдать. Мне казалось, что это совершенно не нужно. Я стоял у двери мастерской и воображал, что он уехал очень далеко.

Продолжая эту линию мыслей, пациент сказал, что, возможно, фантазия отражает желание получить от отца поддержку. Он связал это с тем, что мать не разрешила ему получить водительские права, а он не настоял на своем, пока не уехал учиться в университет.

Тогда я обратил внимание пациента на то, что незадолго до этого он начал украдкой оглядывать мой кабинет, избегая, однако, смотреть на меня. Кроме того, я отметил, что когда-нибудь лечение закончится и он снова окажется в ситуации, похожей на ту, когда между ним и отцом что-то осталось скрытым. Эти слова вызвали у пациента беспокойство.

П: Я об этом никогда не думал. Прежде чем уйти, я должен понять некоторые вещи.

А: Чтобы не стоять больше под дверью мастерской.

В этот момент он заплакал. Меня удивило такое сильное проявление чувств, потому что раньше он не мог плакать. Он относился к категории людей, которые не часто плачут, и такие минуты расслабления приносят им, крайне депрессивным личностям, огромное облегчение.

Когда рыдания несколько утихли, пациент сказал: «В такие моменты у меня бывает чувство, что времени никогда не хватает. Вот и сегодня: наше время снова закончилось». Это было действительно так, но у меня создалось впечатление, что пациент использует временные рамки, чтобы сдержать себя и не дать возникнуть приятным фантазиям о единстве со мной. Поэтому я сказал: «Ну хорошо, у меня всегда есть в запасе десять секунд для смелых мыслей, если вы решитесь их высказать». На это он с облегчением улыбнулся, сел и некоторое время с наслаждением просто сидел, затем встал и вышел из кабинета.

Входя в кабинет на следующий сеанс, пациент сказал: «Сегодня я собираюсь быть очень требовательным». Оставалось еще две минуты до начала сеанса. Дверь была приоткрыта, я сидел за столом. Он не хотел ложиться сразу и сел на кушетку, вытянув ноги в сторону. Для меня было необычно сидеть за столом, в то время как он сидел на кушетке, и я сказал, показав на два кресла: «Может быть, удобнее сесть сюда?» — «Да, — сказал он, — сегодня мне хотелось бы как следует рассмотреть вас, у меня такое ощущение, что я недостаточно хорошо вас знаю. Я это понял недавно, когда мы встретились в городе».

Дальше мы вернулись к теме о том, что значит разглядывать что-либо, тщательно рассматривать. Сам он молчал, вынудив меня сказать: «Вы в этом отношении очень сдержанны». Да, подтвердил он; он никогда не задавался выяснением вопроса, юн-

гианский ли это анализ или фрейдистский. И упомянул, что его друг ходил к аналитику-юнгианцу. Терапия уже завершилась, и теперь они вместе занимаются парусным спортом. В воздухе повис вопрос, может ли и у нас произойти нечто подобное.

А: А теперь вы должны это выяснить поточнее, не так ли? Вы думаете, что если я фрейдист, то ничего похожего, вероятно, произойти не может.

П: Нет, я об этом вообще мало что знаю. В университете я, правда, читал «Толкование сновидений», но после этого у меня не возникло никакого желания узнать что-то еще. Меня всегда раздражает, что мои друзья начинают читать теоретическую литературу, когда у них возникают личные проблемы. Хотя [со смехом], может быть, и вы что-то написали, и я мог бы поискать ваши работы.

А: Да, могли бы.

Потом он вспомнил, что ездил в свой родной город в прошлое воскресенье и зашел к старому другу отца. Он попросил этого восьмидесятилетнего старика рассказать что-нибудь об отце. Он не виделся с этим человеком двадцать пять лет. Он снова услышал историю о том, как отец попал в аварию и продолжал ходить на работу, несмотря на сильные боли. Оказалось, что это рак, который был диагностирован, когда Фридриху Y было шесть-семь лет; отец умер, когда ему было тринадцать. Потом Фридрих Y сказал, что, когда ему было шесть-семь лет, они с отцом ходили по воскресеньям гулять. А когда он стал старше, прогулки прекратились, отец все время работал, даже по воскресеньям.

Затем пациент вспомнил сон об одном своем знакомом, с которым у него были деловые отношения. Недавно этот знакомый упал с дерева в саду и теперь может передвигаться только в инвалидной коляске. В сновидении Фридрих Y вынимает своего приятеля из коляски и они вместе гуляют пешком и у него постепенно появляется нежное чувство.

Его поразил этот сон, потому что на самом деле с этим знакомым они всегда ссорились и ругались. Однако ему казалось, что сон каким-то образом помог ему что-то понять. Я связал это с его отцом и с чувством, с которым он пришел на сеанс, а именно с требовательностью. Он засмеялся. Потом вспомнил, что последнее время испытывает меньшую потребность в сне, просыпается в полшестого утра, но не решается вставать, чтобы не будить жену.

А: Да, тогда в комнате появляется ваша мать и следит, чтобы вы ничего не просили у отца, то есть чтобы вы не бежали рано утром в лес на пробежку, уж коли проснулись так рано.

Он подумал, не связано ли это с тем, что он принимает теперь только одну таблетку лития в день, и, хотя в середине дня

ему было необходимо вздремнуть, у него было ощущение, что он может спать меньше и ему этого достаточно и что сил у него с избытком.

Чувствуя ответственность за снижение дозировки лития, я спросил пациента о его визитах к психиатру и о природе такого подъема настроения. При дальнейшем размышлении я стал рассматривать свое беспокойство с точки зрения реакций контрпереноса. В этом отношении я чувствовал, что пациент обеспокоен тем, не будет ли его поведение деструктивным при более близком контакте, не станет ли он слишком агрессивным, не приведет ли приподнятое настроение, связанное с прогрессом терапии, к тому, что он все будет делать спустя рукава. Жертвой его экспансивности стала бы тогда не только жена, но и я. И поэтому я проинтерпретировал это как его бдительность в отношении границ и ограничений.

С самого начала следующего сеанса Фридрих Y оживленно рассказывал мне о торжественном событии, которое было в конце недели, и о том, что он очень доволен, как все прошло, потому что смог проявить свои профессиональные качества. Следующей ночью ему приснился сон, в котором он прогуливается вместе с отцом и заходит в душевую молодежного общежития и с удивлением обнаруживает там обнаженных женщин. Когда он рассказывал мне об этом, можно было заметить, что картина во сне доставляет ему удовольствие. Без непосредственной связи с элементами сновидения он сказал затем, что все время думает о том, что его отец был женат дважды, но он почти ничего не знает о его первой жене. Он никогда не мог себе представить, что связывало его отца и мать. Когда он родился, отцу было уже сорок. Он с улыбкой заметил, что «уже сорок» — это странное определение преждевременной старости на самом деле вряд ли верное.

Пациент продолжал думать об отце и теперь вспомнил, что отец научил его кое-чему, например смотреть на деревья как на людей. В отличие от отца мать заставляла его запоминать названия растений и отличительные признаки всех цветов. Это был мир матери. Когда они гуляли по лесу, отец казался гораздо более близким к природе. Пациент рассказал, как отец учил его делать из коры и веточек маленькие водяные мельницы, он и сейчас с огромным удовольствием сделал бы такую.

Образ его отца, так долго затуманенный «морозным» стеклом его двери, стал теперь проясняться. Это происходило параллельно его возраставшему интересу ко мне (то есть к конкретной личности) и оживанию детских воспоминаний, всплывающих на поверхность сознания и становящихся доступными для пациента.

В конце сеанса я проинтерпретировал сновидение, сказав, что, по-видимому, во сне отражается желание того, чтобы отец открыл для него свой мир женщин. Возможно, мальчиком он чувствовал, что отец не хотел его туда впускать.

В начале следующего сеанса пациент сказал, что теперь он смог наконец обсудить различные проблемы, касающиеся отношений с коллегой. Он высказал ему свои недовольство, претензии и ушел, впрочем, все время повторяя, что совершенно не хотел слишком его огорчать.

Потом он вспомнил, что, когда шел на сеанс, думал о том, как бы назвал автобиографию, если бы написал таковую. Первое, что ему пришло в голову, был эпизод из детства, когда он отпустил ручной тормоз повозки с сеном и она угодила прямо в кучу навоза. «То есть когда-то, — сказал он, — я, должно быть, умел делать такие вещи, пока не нажал снова на тормоз. В течение двадцати лет я все время нажимал на тормоз».

Я выделил его слова о постоянном торможении и его осторожной попытке отпустить ручной тормоз и сказал: «Да, недавно вы сделали несколько попыток отпустить тормоз, а также высказать здесь некоторые критические замечания». Это был намек на его разнообразные попытки пристальнее разглядеть меня, при этом я имел в виду как позитивные, так и критические аспекты этого. К моему удивлению, пациент подхватил эту линию рассуждений.

П: Да, я уже давно замечал краем глаза, что на стуле перед вами стоит микрофон. Я подумал, не собираетесь ли вы записывать на магнитофон или, может быть, уже сейчас записываете. [Я не записывал сеансы с этим пациентом на магнитофон; данное сообщение основывается на подробных записях, сделанных во время сеансов.]

А: Хотя разум и говорит вам, что я не стал бы ничего записывать без вашего согласия, но сейчас вы втайне допускаете это и с удовольствием предвкушаете возможность сильно покритиковать меня, если бы я сделал подобную вещь за вашей спиной.

П: Хотя я и не верю в то, что вы можете это сделать, это дало бы мне повод по-настоящему напасть на вас.

А: Рассвирепеть.

П: Да, перейти в наступление. Между прочим, я бы ничего не имел против, если бы вы записывали. Думаю, что это представляет для вас интерес.

Отталкиваясь от этого краткого диалога, пациент вернулся к вопросу о профессиональных делах и достаточно прямо высказал мысль, что мог бы выступать более открыто на разных собраниях. Он мог бы решиться сказать группе людей то, что раньше говорил лишь на ухо соседу.

А: Да, вы берете на себя инициативу. Вам хочется открыть себя другим.

П: Да, может быть, я слишком долго держал некоторые вещи в себе. И даже если я говорил что-то своей жене, этого было недостаточно. Не было завершенности, что ли.

Разговор снова вернулся к терапевтической ситуации. Пациент еще раз сказал: «Мне очень трудно разглядывать эту комнату, видеть ваши личные вещи».

Комментарий. В ходе этой терапии встал ряд вопросов, заслуживающих краткого упоминания. Читатель заметил отсутствие предположений о психогенезе заболевания (в том виде, в каком оно проявилось двадцать лет назад) этого пациента. Однако в контрпереносе можно явно увидеть, что аналитик был постоянно обеспокоен тем, не приведет ли высвобождение экспансивной энергии (которое должно произойти после тщательной проработки явно невротических депрессивных конфликтов) к дестабилизации таких областей личности пациента, которые в психоаналитической теории связываются с генезом психотических состояний, в частности маниакальных (Abraham, 1924; M. Klein, 1935; Jacobson, 1953, 1971). Для того чтобы понять динамику этого случая, необходимо учитывать также и другие факторы, особенно воздействие на личность пациента длительного приема лития — тему, которая ранее исследовалась мало (Rüger, 1976, 1986; Danckwardt, 1978; Schou, 1986). Психотропные средства неизбежно вызывают, наряду с психофармакологическим, и психодинамический эффект. Для данного пациента литий стал символом материнских запретов. Он вырвался из типичных подростковых гипоманических переживаний, которые слишком сильно захватывали его, а лекарство создало для него защитную броню, которую он не решался снять. Поэтому технически для аналитика было важно вместе с пациентом не концентрироваться вначале на прекращении приема лития, а сфокусировать внимание в первую очередь на проработке факторов, снижающих работоспособность пациента, которые были связаны с трудностями в отношениях с отцом.

2.3.2 Зависть к брату

Психоаналитическая ситуация стимулирует проявление тех потребностей пациента, которые уходят корнями в материнско-детские отношения. Эти отношения, то есть паттерн мать — дитя, создают некую основу, так что третий — например, другой пациент — неизбежно будет иногда восприниматься как лишний, как помеха или соперник.

Неожиданная беременность Кэте X послужила толчком к появлению сильных чувств, связанных, вероятно, с более ранними ситуациями, когда она испытывала зависть и ревность. Как только пациентка поняла, что беременна (к чему она относилась отрицательно), она стала обращать все больше внимания на свое собственное тело и проявлять интерес к беременным или недавно родившим женщинам. В описанном здесь аналитическом сеансе предполагаемое детское переживание, которое могло быть основано только на фиктивном воспоминании, было соотнесено со стрессовой ситуацией, в которой она находилась, и с антагонистической констелляцией в терапевтических отношениях.

В начале сеанса Кэте X рассказывала о том, как она ходила навещать коллегу, у которой только что родился сын. Во время визита она внезапно почувствовала, что у нее начались месячные. Дословно она сказала: «Я ее навещала в больнице, и тогда это и началось». Когда молодая мать должна была кормить ребенка, Кэте X стала уговаривать другую коллегу, с которой они вместе пришли, остаться посмотреть.

П: «Давай посмотрим, я хочу посмотреть на это». Я ее просто заставила остаться.

А: Посмотреть внимательно — это как раз то, что вам нравится делать.

Комментарий. Это замечание подразумевало один из способов сопротивления пациентки, приобретенный ею в защитной борьбе против близости и стремления к слиянию. Она особенно хорошо замечала те детали, которые создают дистанцию между людьми.

П: Коллега, которую я навещала, раньше была довольно худой. Сейчас у нее полная грудь. И ей это идет. Я сказала об этом своей другой коллеге. Ребеночек хорошенький, у него голубые глаза. Мне сказали: «Теперь твоя очередь родить».

Пациентка колебалась, стала нерешительной, поэтому я сказал:

А: Это вызывает у вас странное чувство, совершенно необычное.

П: Да, я ужасно смущена. Как будто у меня сейчас начинается кровотечение. Странно, как во время менструации.

Потом она вспомнила про знакомую, у которой на третьем месяце беременности был выкидыш. Я сделал комментарий о том, что она была смущена своими чувствами, которые испытывала во время визита к коллеге.

П: Я бывала в больнице довольно часто. Это не было чем-то необычным для меня.

А: В этот раз ситуация оказалась совсем иной, и вы считали, что беременны. Это вас сильно личностно затрагивало. Кровотечение означало бы, что вы все-таки не беременны, это было бы своего рода отрицательным решением.

Примечание. Я предположил, что существовали психические причины того, что пациентка раньше не была никогда беременна, хотя сама она не поднимала эту тему.

П: Может быть, я сама ошиблась. Ситуация в больничной палате, торжественное настроение. [Пауза.] И отец был тоже очень приятный. Мать была немного бледной. Меня совсем не испугала эта картина.

Поскольку пациентка эмоционально отдалилась от этой сцены — которая произвела на меня тем более сильное впечатление, что я хорошо знал историю ее жизни, — я решил предпринять активные действия, чтобы предотвратить этот уход и сдвиг эмоций на другие моменты («торжественное настроение»). Я задал вопрос, соотносящий ситуацию в больнице с ее детскими переживаниями о том, что в двухлетнем возрасте ее переселили из комнаты родителей в другую комнату в связи с рождением брата.

А: Когда родился Карл, ваш брат, как это произошло?

П: Это случилось дома. Я слышала. Роды не были тяжелыми.

А: Что может услышать двухлетний ребенок?

П: Не знаю. Я не помню Карла до того, как он попал в больницу, через несколько месяцев после рождения. Это первое воспоминание о нем. Я даже очень хорошо помню, как отец вез меня на санках в больницу, где лежал Карл.

Комментарий. Это раннее воспоминание может быть рассмотрено как парадигма отношений, в том смысле, в каком это описывают Мэйман и Фэрис (Mayman, Faris, 1960). Эта парадигма отображает утрату матери и тесные отношения с отцом. Штимерлинг (Stiemerling, 1974) опубликовал результаты исследования этой парадигмы, проведенного на 500 испытуемых.

А: А почему Карл попал в больницу?

П: Не знаю. Меня это никогда не интересовало.

А: В этот раз вы заинтересовались вашей коллегой и ее ребенком. Почему в этот раз вам стало интересно?

П: Ну, я хотела посмотреть на ребенка. Да. Почему? У меня даже не было близких отношений с ней. Мне было интересно посмотреть на ребенка и на то, как выглядит мать, как она изменилась.

А: Так же как мы интересуемся изменениями, которые недавно начали происходить в вашем теле.

П: Да-да. Как она держит ребенка на руках. Она обычно такая неженственная.

А: И если она изменилась, то...

Пациентка перебила меня и продолжила сама мою мысль.

П: Не знаю, что случилось сейчас. [Молчит около минуты.] А сейчас я вспомнила, что вчера разговаривала с коллегами о кошках. У нас в доме всегда были кошки. А теперь ко мне домой захаживает беременная кошка. И непременно родит котят у нас дома. А что я могу поделать? Одна коллега однажды убила котенка, просто спустила в туалет. И у меня вдруг появляется странное чувство.

Пациентка приняла холодный, замкнутый вид, что происходило всегда, когда ей нужно было противостоять опасным и неприятным темам, ослабляющим ее сопротивление.

П: Я вспомнила, что моя мать однажды употребила такое выражение — «смыть в туалет», — когда говорила о выкидыше.

А: Трудно вынести такую мысль.

П: Да, у матери случился выкидыш, когда она получила письмо и не смогла больше смотреть сквозь пальцы на адюльтер отца. Когда мне мать это сказала, я подумала про себя, что она убила ребенка.

Комментарий. Хотя в этих словах пациентки содержится крайне амбивалентная идентификация с матерью как с любовницей отца (отец втягивал пациентку в отношения, в которых был намек на инцест), в них есть также и идентификация с неродившимся ребенком. Она ощущала себя этим неродившимся ребенком, а кроме того, выкидыш символизирует ее желание, чтобы брат не родился.

А: И нечто подобное ждет вас в недалеком будущем, как будто вид кормящей матери заставил вас осознать что-то совершенно немыслимое. Вид Карла у груди матери — «Если бы я только могла от него избавиться!». И ваша первая ассоциация хорошо это подтверждает. Карл снова пропал, и вы были довольны.

П: [Улыбаясь.] Да-да, это было подходящее место для него.

После минутного размышления она снова стала говорить о выкидыше у матери.

П: Жаль. Я бы хотела посмотреть на все это.

А: Уж если вы не могли предупредить это, то по крайней мере могли посмотреть. Как выглядел этот незваный гость? Как выглядела ваша мать? Вам стало нравиться рассматривание.

П: Правда? Вы так считаете?

Пациентку задело мое замечание о том, что «рассматривание» уходило корнями в конфликт. И поэтому в своем следую-

щем высказывании я поведал о ее характерной привычке, которую пациентка часто сама отмечала. Она, как правило, приходила раньше, чтобы посмотреть, как предыдущий пациент уходит из кабинета.

А: Вы разглядываете мой кабинет, чтобы посмотреть, все ли осталось на своих местах или я что-то изменил или передвинул.

П: [Поправляя меня.] Да, но теперь это не так, я так больше не делаю. Сегодня я посмотрела только на растение в горшке.

Это растение, гибискус, стояло на ящике с игрушками, который я изредка использовал. В течение последующего периода молчания я почувствовал, как она разглядывает кабинет. Внутренне я согласился с пациенткой в том, что она больше не испытывает потребности недоверчиво рассматривать комнату и вещи в поисках изменений; за это время она стала чувствовать себя комфортно. Потом она по-деловому заметила: «Интересно, для чего используются игрушки из ящика?» Затем она вспомнила телевизионный фильм, в котором был показан мальчик, играющий с такими игрушками, и в одной сцене он спускал куклу в туалет, а в другой — эту куклу съедал крокодил.

От этого воспоминания она поежилась. Она подумала, как это ужасно, бедная кукла. Я же, наоборот; выделил агрессивный элемент: «Вы расстроились, глядя, как этот мальчик открыто дает выход своим импульсам. Что он запросто уничтожает надоевшую куклу». Пациентка ответила: «Мальчик прекрасно понимал, что он очень сильно злится на свою мать». В этот момент она сделала властный жест, сжав ладони и потерев их друг о друга.

П: Сейчас я не так сильно зла на мать, как раньше. И я заметила, что мы с мужем почти что соперничаем из-за внимания моей матери — и это меня поражает.

Она произнесла эти слова немного насмешливо и сама удивилась, потому что это казалось ей раньше совершенно невероятным, хотя она всегда ясно отдавала себе отчет в том, что ревнует брата к матери из-за того, что ему удалось стать ее любимчиком. Мать дарила ему прекрасные вещи, хотя у нее было не много денег. Она всегда дарила Карлу то, что ему хотелось. А ей? Она могла несколько дней подряд говорить матери, чего бы ей хотелось, но все без толку; мать никогда ничего не помнила. «Понятно, — сказала она, — теперь Йозеф [муж пациентки] занял место Карла. Я заметила, что начинаю ревновать мужа к матери и к тому, как она его любит».

Кэте X сделала затем вывод, что ее мать и супруг едины в своем мнении, что она должна быть счастлива, выйдя замуж за такого человека. Ее мать просто недостаточно уделяла ей внимания.

А: Да, нас с вами интересовало, всегда ли чувство возвращается неизменным, а именно чувство, что кого-то другого я поддерживаю полностью, а вас — нет, вы просто платите деньги.

П: Здесь я чувствовала себя как с матерью, у меня возникали такие же чувства.

Казалось, ей стало холодно, и она задрожала.

П: Когда я представляю, что женщина, которая была здесь передо мной, выходит с выражением счастья на лице, это очень сильно меня беспокоит. Потом я думаю о том, что у вас с ней дела обстоят гораздо лучше, чем у нас с вами.

В отношениях переноса Кэте X приписывала предыдущей пациентке разные роли, что являлось выражением соперничества с братом. Конфликт достиг максимальной степени, когда пациентка отождествила другую пациентку с братом, и это означало, что другая пациентка должна будет уйти восвояси, как только ей станет лучше. Следующая интерпретация выделила эту мысль: ее зависть к другой пациентке, которую нужно отослать, может быть направлена и на нее саму, если она открыто проявит позитивные сдвиги.

А: Эта мысль очень тяготит вас. Вы не можете себе позволить быть довольной здесь, делать какие-либо успехи, разве что в скрытом виде. Я не должен замечать, что вам становится лучше.

П: Да, это верно. Свои успехи я показываю в других местах. И тогда вы не можете их увидеть, а я при этом буду ими довольна.

А: Показывать успехи другим неопасно.

П: Но я их показываю и здесь. Потому что счастлива, когда что-то меняется. Но, может быть, при этом несколько более осторожна, осмотрительна.

Обсудим более подробно чувство зависти пациентки к своему брату. Если поставить вопрос о причинах зависти пациентки к брату, то мы обнаружим чувство, которое она неоднократно испытывала ребенком: чувство исключенности из первичной семьи, чувство, которое у нее появилось в связи с рождением брата. В детстве пациентка много плакала, поэтому в двухлетнем возрасте, после рождения брата, ее переселили из комнаты родителей к дедушке и бабушке, жившим в этом же доме. Семейные обстоятельства наводят на мысль, что она была нежеланным ребенком, а рождение брата в какой-то степени было связано с нормализацией отношений в семье. Поэтому естественно было предположить, что пациентка получила недостаточно материнского внимания и любви, вместо этого у нее появилась зависть к «груди». Можно также предположить, что в последующие го-

ды пациентка таким образом отождествила себя с этим дефицитом и стала злой и упрямой, как бы повторяя поведение матери.

Это переживания дефицита, которые могут быть впоследствии усилены или ослаблены фантазиями. Взаимозависимость основных паттернов зависти и ревности М. Кляйн исследовала в ретроспективе в отношениях между двумя или тремя людьми.

Зависть первоначально направлена на производящую силу: то, что должна давать грудь (на которую направлена зависть), бессознательно воспринимается как прототип способности производить, потому что грудь и молоко, которое она дает, рассматриваются как источник жизни (M. Klein, 1962, p. 185).

Результаты исследования младенцев вызывают сегодня жаркие споры о хронологии проявления зависти и ревности, хотя и в другом смысле, нежели во времена ожесточенных дискуссий между А. Фрейд и М. Кляйн (Steiner, 1985). Микропсихологические исследования взаимодействий между матерью и ребенком заставляют сомневаться в том, что причина зависти — процесс расщепления, связанный с удобными метафорами «плохой» и «хорошей» груди.

В противоположность предположению о том, что расщепление основано на очень ранних интрапсихических процессах, Штерн (Stern, 1985, p. 252) показал в своем исследовании, что расщепление связано с более поздними символическими операциями. Критика Штерна поясняет клинические проявления расщепления, но отрывает их от предполагаемых корней раннего детства.

Переживания, часто возникавшие на протяжении детских лет Кэте X, привели к расширению основного паттерна: «Если я буду милой и хорошей, они оставят меня у себя, а если буду плохой и упрямой, то они меня бросят». Несмотря на то что у этой пациентки можно наблюдать целый ряд подобных процессов расщепления — на хорошее и плохое, — их следует рассматривать как результат развития, в ходе которого возникающие переживания привели к стабилизации этого раннего основополагающего опыта. Изменение бессознательной схемы в ситуации переноса — например, реакция пациентки на другую пациентку, которая, как она считала, даже в большей степени нуждалась в помощи и с которой она могла бессознательно идентифицировать себя, — было показателем возрастания глубинной базовой защищенности, приобретенной ею в ходе анализа. Розенфельд (Rosenfeld, 1987, p. 266) в посмертно опубликованной работе подчеркивает, что зависть постепенно исчезает, если пациент чувствует, что аналитик его принимает. Оглядываясь назад, он критикует типичные кляйнианские интерпретации зависти, ведущие в тупик. Стереотипные интерпретации

зависти унижают пациента, создавая в конечном счете антитерапевтический замкнутый круг. Если же, наоборот, пациент чувствует, что у него есть пространство для размышлений и развития, его зависть постепенно сходит на нет. Розенфельд в свое время был ведущим представителем кляйнианского подхода, и изменение его взглядов в дальнейшем может иметь важные последствия для всего психоанализа.

2.4 Перенос и идентификация

2.4.1 Аналитик как объект и как субъект

Требование Фрейда о том, чтобы «научить пациента, как освободить и реализовать свою сущность и не быть нашей копией» (Freud, 1919a, p. 165), по-видимому, противоречит идентификации пациента с аналитиком, имеющей большое терапевтическое значение. На симпозиуме, посвященном вопросу об окончании анализа, Хоффер (Hoffer, 1950) назвал способность пациента к идентификации с функциями аналитика существенным компонентом терапевтического процесса и его успеха. Поэтому данная тема имеет основополагающее значение для понимания терапевтического процесса и двух крайностей, описанных в следующей цитате:

> Мы выполняем различные функции по отношению к пациенту, являясь для него авторитетом и заместителем родителей, учителем и воспитателем... Как бы сильно аналитик ни старался стать учителем, образцом и идеалом для других и создавать людей по своему образу и подобию, он не должен забывать, что не это является его целью в аналитических отношениях, и, наоборот, если он позволит себе увлечься собственными интересами, то изменит своей цели в анализе (Freud, 1940a, pp. 175, 181).

Но в связи с этим встает ряд вопросов. С чем же идентифицируется пациент? Как, следуя психоаналитической теории идентификации, можно оптимизировать терапию, то есть способствовать усвоению пациентом функций аналитика? Чем и как содействует этому аналитик? Возможно ли разделить в переживаниях пациента функции и людей, воплощающих их? Как соотносится идентификация с требованием того, чтобы невроз переноса был разрешен к концу анализа?

Идентификации с фигурами из прошлого пациента повторяются с объектом переноса. По многим причинам будет полезно провести различие между аналитиком как объектом переноса и как субъектом. Значимые лица из прошлого становятся внутренними «объект-репрезентациями» и связываются с «Я-репрезентациями». Эти внутренние образы и их влияние на переживания и поведение являются начальной точкой процесса, который

Фрейд (Freud, 1900a) обозначает как восстановление «перцептивной идентичности». Этот аффективно-когнитивный процесс ведет к перестройке существующих отношений в соответствии со старыми паттернами. Отсюда следует, что, опираясь на бессознательные установки, пациент приписывает и врачу некоторые роли. В структуре невроза переноса аналитик может испытывать сильное давление со стороны пациента, который стремится заставить аналитика принять ту или иную роль. Пациенту хотелось бы знать психоаналитика для того, чтобы суметь идентифицироваться с ним, например как с идеализированным объектом. Эти бессознательно направляемые, настойчивые попытки восстановить перцептивную идентичность не принимают в расчет индивидуальность другой личности; другая личность превращается в «объект». Идя по этому пути, психоаналитик может увидеть расхождение между тем, каким его видит пациент, и тем, какой он есть в действительности. Таким образом, он приобретает знание, облегчающее интерпретацию переноса, о чем подробно пишет Ф. Моргенталер (F.Morgenthaler, 1978). Интерпретация переноса превращает прошлое в настоящее, открывая новые возможности и перспективы.

Определение психоаналитика как «нового объекта», с нашей точки зрения, недостаточно продвигает нас вперед (Loewald, 1960). Хотя, согласно психоаналитической теории и терминологии, «объект» включает в себя и «субъекта», развитие психоаналитической «персонологии» (психологии двух или более персон) требует полного признания субъективной сущности индивида. Психоаналитик выполняет свои терапевтические функции, являясь на самом деле субъектом и только частично позволяя превращать себя в объект.

Попытка избежать прямого воздействия на пациента, в соответствии с фрейдовским сравнением с зеркалом, привела к тому, что роль процессов идентификации в терапии игнорировалась, хотя они имеют огромное значение для лечения. Помогая пациенту получать новый опыт, мы хотим тем самым изменить ригидные остаточные «идентификации с объектом». Субъект, преследующий эту цель, то есть психоаналитик, должен быть приемлемым для пациента; он не должен выделяться из «среднего ожидаемого уровня окружения», о чем пишет Хартманн (Hartmann, 1939), чтобы не вызвать ксенофобических реакций. Но тем не менее, поскольку особый статус психоаналитической диады в корне отличается от обычного взаимодействия, где происходит только обмен стереотипами и которое само по себе является своего рода жестко закрепленной системой зеркал, ситуация представляется новой и необычной.

Несмотря на то что невротическое поведение в переносе — само по себе сильно зависящее от ситуативных условий, созда-

ваемых психоаналитиком, — определяет форму и содержание наблюдаемого феномена, идентификация с функциями психоаналитика дает возможность проникнуть в ранее неизвестные, бессознательные связи и новые переживания. Штерба (Sterba, 1940; первое издание в 1929 г.) подчеркивал терапевтическую значимость идентификации в одной из ранних статей, которая осталась относительно неизвестной, в отличие от более поздней работы (1934), посвященной терапевтическому значению расщепления Эго.

Аналитик поддерживает Эго, атакуемое Ид, открывая путь для идентификации, удовлетворяющей потребности Эго в проверке реальности. Такая идентификация части Эго, которая контролирует реальность, оказывается возможной благодаря тому, что аналитик осознанно наблюдает и беспристрастно интерпретирует пациенту психологическую ситуацию.

Побуждение к такой идентификации исходит от аналитика. С самого начала лечения аналитик делает замечания о работе, которую предстоит выполнить в ходе анализа. Многие фразы аналитика типа: «Давайте вспомним, что вам снилось или что вы думали или делали тогда» — содержат это побуждение к идентификации с ним, так же как и то, что аналитик говорит «мы», имея в виду пациента и себя самого. Идентификация с аналитиком основывается, во-первых, на желании пациента выздороветь и, во-вторых, на позитивном переносе... В конечном счете эта идентификация основывается на нарциссическом удовольствии, получаемом от *участия в интеллектуальной работе в процессе анализа, где достигается понимание* (Sterba, 1940, p. 371; курсив наш).

В этом отрывке Штерба близко подходит к пониманию того факта, что идентификация может быть направлена не только на объект, но и на совместную работу. Таким образом, форма взаимодействия, способная вывести пациента за пределы невроза, сама по себе очень существенна.

Хотя усиленное образование «мы-связей» не лишено в определенном отношении некоторых проблем (так как оно может иметь оттенок соблазнения или затруднять проявления противоречий и независимости), тем не менее мы убеждены, что понимание психоаналитических правил с точки зрения «стандартной техники» препятствует идентификации с функциями психоаналитика и образованию «мы-связей», как того требовал Штерба. Изначальное единство функций и личности вызывает сложности, которые, с нашей точки зрения, могут быть разрешены в ходе лечения, то есть через идентификацию, ведущую к размышлению над собой. Противоположная попытка, то есть стремление в наибольшей степени сохранить инкогнито и дать пациенту терапевтические функции внеличностно, терпит неудачу из-за антропологических и психоаналитически-психогенетических причин.

Тот факт, что мы вводим какие-то понятия в новый контекст и тем самым придаем им новый смысл, всегда означает, что мы

объясняем пациенту свои взгляды и раскрываем себя как личность. С психоаналитической точки зрения личностная идентичность индивида развивается в двух направлениях: изнутри вовне и извне вовнутрь, поэтому возможности внешнего воздействия часто ограниченны, что связано не только с практическими соображениями. Мы отвергаем чисто социальное психологическое объяснение развития идентичности (извне вовнутрь), хотя определенные положения, как доказывает, например, Лакманн, сильно влияют на наше понимание интерперсонального взаимного отражения.

...Индивид не ощущает самого себя неопосредованным образом. Только окружение может воспринимать индивида непосредственно, и только окружение дается сознанию прямо. Индивид воспринимает других в социальных отношениях. Эти другие даны непосредственно через свое физическое существование. Физическое присутствие других человеческих существ (или, в более общем виде, других) представляет собой поле для выражения их сознательных процессов. Однако, поскольку восприятие другого направлено назад, на него, «индивид отражается в другом человеческом существе». В социальных отношениях, существующих в повседневном окружении, индивид воспринимает себя через других людей. Способность к отражению во взаимодействиях является для человеческого существа основным условием формирования личностной идентичности (Luckmann, 1979, p. 299).

Такое понимание отражения дает возможность понять фрейдовскую метафору зеркала как опосредованного самоотражения (см. т. 1, разд. 8.4).

Тем не менее существует ряд вопросов относительно модифицированной метафоры зеркала, которые нельзя не затронуть, даже если ответы на них выходят за рамки случаев, обсуждаемых в следующих разделах. Форма взаимодействия — терапевтически полезная и приводящая к изменениям, — понимаемая как «опосредованное самоотражение», является неадекватной и теоретически и практически, так как в это взаимодействие вовлечены не только восприятия ранее не осознанных «содержаний» и связанные с ними эмоции, передающиеся пациенту. Открытие и вторичное открытие происходят в рамках особой формы взаимодействия, дающей пациенту возможность найти новые отношения к самому себе. То, как психоаналитик относится к бессознательному материалу — а это подразумевает *его* отношение к самому себе и детально было показано Тугендат (Tugendhat, 1979), — становится моделью для процесса трансформации, который изменяет и отношение пациента к самому себе.

2.4.2 Идентификация с функциями аналитика

Амалия Х обратилась к психоаналитику из-за того, что уровень ее самооценки снизился настолько, что в последние годы у нее возникла депрессия. Всю свою жизнь, начиная с подро-

сткового возраста, в том числе в социальной женской роли, она испытывала огромное внутреннее напряжение, связанное с хирсутизмом (избыточным оволосением). И хотя она смогла скрыть свою беду — сильное оволосение по всему телу — от других, косметическая помощь не повысила ее самооценки и не уменьшила ощущение крайней социальной незащищенности (Goffman, 1974). Ощущение дефекта и невротические симптомы, проявившиеся уже до подросткого возраста, усиливали друг друга, образуя замкнутый круг; навязчивые комплексы и различные симптомы невроза страха затрудняли межличностные отношения и, что еще важнее, удерживали пациентку от вступления в интимные гетеросексуальные отношения.

Аналитик предложил начать лечение этой образованной, достаточно женственной (несмотря на хирсутизм) незамужней и многого достигшей в своей карьере женщине, так как был относительно уверен в возможности изменить смысл, который она приписывала оволосению. В общих чертах аналитик исходил из того, что судьба не определяется телом однозначно и что решающим может стать также отношение к телу значимых других и самого человека. Фрейдовское (Freud, 1912d, p. 189) перефразирование известных слов Наполеона в выражение, что наша анатомия есть наша судьба, должно быть изменено в соответствии с психоаналитическим пониманием сути психогенеза половой идентичности. Половая роль и ядерная идентичность формируются под влиянием психосоциальных факторов на основе анатомического пола (см.: Lichtenstein, 1961; Stoller, 1968, 1975; Kubie, 1974).

Клинический опыт подтверждает следующие предположения. Стигматы маскулинности усиливают зависть к пенису и вторично возрождают конфликты эдиповой стадии. Если желание пациентки быть мужчиной было бы осуществлено, то это разрешило бы конфликт гермафродитной схемы тела. В этом случае был бы дан ответ на вопрос: «Кто я — мужчина или женщина?»; исчезла бы неуверенность пациентки в собственной половой идентичности, которая постоянно усиливалась стигматом, и тогда образ Я и физическая реальность соответствовали бы друг другу. Стигматы маскулинности не превращают женщину в мужчину. Такой регрессивный способ, как достижение внутренней уверенности (несмотря на маскулинный стигмат) через идентификацию с матерью, снова возродил старые конфликты в отношениях дочь — мать и привел к возникновению разнообразных защитных процессов. Все эмоциональные и когнитивные процессы пациентки несли на себе печать амбивалентности, например, ей было трудно решить, какого цвета покупать вещи, так как цвет для нее был связан с качеством мужественности или женственности.

Структурируя психоаналитическую ситуацию и сталкиваясь с подобными проблемами, аналитик должен особенно внимательно следить за тем, чтобы асимметричность отношений не усилила у пациента чувства отличия от других. Это важно, потому что представление об отличии — то есть вопрос о схожести и различии, об идентичности и неидентичности — образует общую структуру, в которой проявляются бессознательные проблемы. В описываемом случае аналитику и пациенту удалось относительно быстро установить хорошие рабочие отношения, создав тем самым предпосылки для осознания (в процессе развития невроза переноса) интернализованных ранних форм взаимодействия с первичными значимыми лицами — родителями и учителями. Достигнутые результаты видны по изменению самоуважения пациентки, ее возросшей уверенности в себе и исчезновению симптомов (см.: Neudert et al., 1987).

Два приводимых ниже отрывка из хода лечения, несмотря на разделяющий их временной интервал, связаны между собой одной темой; речь идет о том, что в результате анализа переноса пациентка получает возможность новых идентификаций. Голова психоаналитика становится заместителем давнишних бессознательных «объектов», а ее содержимое — символом новых возможностей. Репрезентация «объекта», являющегося одновременно и Я-репрезентацией, дала возможность установить дистанцию, так как аналитик делает свою голову доступной «рассмотрению» и в то же время она остается его головой. Таким образом, он становится моделью близости и дистанции. Этот пример хорошо демонстрирует терапевтический эффект осознания связи между восприятием аналитика и его мышлением.

Мы выбрали этот случай, так как считаем, что он обосновывает нашу позицию с разных сторон. Хотя в результате процесса бессознательного замещения голова приобрела сексуальную значимость, это замещение ничего не изменило в примате интеллектуальной стороны во взаимодействии пациента и аналитика, означавшем поиск того, что спрятано внутри головы. Стремление получить знания сместилось на сексуальные вопросы. В силу бессознательного смещения пациентка предполагала, что этот секрет и хорошо охраняемое (вытесненное) сокровище находятся в голове (как объекте переноса). Вторичное обнаружение смещения прояснило для пациентки нечто, и это само по себе было новым для нее.

Мысли, лежавшие в основе моих интерпретаций, приведены в дополнение к сокращенным вербальным диалогам. Эти обсуждения дополняют, соответственно, и интерпретации и ответы пациентки. Очевидно, что, когда я давал свои интерпретации, я руководствовался не только мыслями, описанными здесь. Любая

интерпретация, реально сказанная пациенту, каким бы образом она ни создавалась, должна быть построена в соответствии с когнитивными критериями, как того требует Арлоу (Arlow, 1979). Мои замечания относятся к «конечным продуктам», имеющим когнитивный и рациональный фундамент, — то есть к моим интерпретациям — и оставляют в стороне их происхождение и его интуитивные, бессознательные элементы. Таким образом, вопрос об источнике любой из моих аналитических мыслей остается открытым. Если мы допускаем, что перцептивный аппарат аналитика определяется его теоретическими знаниями, ставшими, возможно, предсознательными, то тогда очень трудно ретроспективно проследить происхождение интерпретаций до их «истоков». Например, теоретические знания о замещении облегчают также и предсознательное восприятие; они распространяются на сферу интуиции и смешиваются с контрпереносом (в широком смысле слова).

Пациентка испытывала по различным поводам чувство вины, которое актуализировалось в ее отношении ко мне. Из-за сексуальных желаний библейский закон «око за око, зуб за зуб» приобрел в ее переживаниях еще большую силу. Сложившаяся в ходе ее жизни ролевая модель отразилась в неврозе переноса как воображаемые инцестуозные отношения с братом. Возрастание внутреннего напряжения привело к тому, что пациентка вновь стала думать о том, чтобы посвятить свою жизнь церкви и стать миссионером, или о том, чтобы покончить жизнь самоубийством. (Когда она была молодой девушкой, то хотела стать монахиней или сиделкой, но оставила эту мысль после испытательного срока, так как религиозные ограничения показались ей слишком суровыми. Отход от церкви помог ей также установить некоторую дистанцию со строгими библейскими заповедями.) Сейчас, в борьбе «не на жизнь, а на смерть» со мной, она имела в руках свой Ветхий Завет. Эта борьба со мной происходила на разных уровнях, и пациентка придумала для них ряд сравнений. У нее было чувство, что аналитическую догму, «фрейдовскую библию», нельзя совместить с ее христианской Библией. Но тем не менее в обеих библиях содержался запрет на сексуальные отношения с аналитиком.

Пациентка боролась за свою независимость и за свои потребности, которые защищала от обеих библий. Она защищалась от моих интерпретаций, у нее было чувство, что я заранее знаю, «что произойдет». Она чувствовала себя униженной из-за того, что ее уловки и обходные маневры обнаруживались. Она очень хотела что-то значить для меня и жить во мне, у нее была мысль подарить мне чудесные старинные часы, которые бы били каждый час для меня (и для нее).

В этот период лечения особое значение и интенсивность приобрела одна особая тема, а именно ее интерес к моей голове. Что бы она узнала, измерив мою голову? Однажды Амалия X сказала по этому поводу, что долгое время считала, что я стремлюсь найти вовне подтверждение уже имеющемуся в книгах, в моих мыслях, в моей голове. Ей хотелось, чтобы появилось что-то совершенно новое. Она сама хотела делать интерпретации и стремилась понять мои идеи.

Пациентка упомянула своего строгого начальника, который несправедливо критиковал ее и не считал равной себе.

А: Вы считаете, что я сижу сзади вас и все время говорю: «Неправильно, неправильно».

Примечание. Эта интерпретация переноса основывалась на следующих предположениях. Пациентка наделяла меня функциями Супер-Эго. Такая интерпретация освободила ее от тяжкого груза и придала ей смелости для противодействия (уже задолго до этого пациентка поняла, что я не такой, как ее начальник, и не буду ее критиковать, но она была не уверена в этом, не могла поверить, так как бессознательно испытывала значительную агрессию против старых объектов). Я предполагал, что ее чувства переноса гораздо более интенсивные и что мы оба могли бы выдержать большее напряжение. Я упомянул о ее беспокойстве в отношении моей способности это выдержать и в конечном счете сформулировал следующее утверждение: «Таким образом, это своего рода битва не на жизнь, а на смерть с ножом в руках» (не уточняя, у кого именно находится нож). Я рассчитывал, что этот намек на фаллический символ стимулирует ее бессознательные желания. Но это оказалось передозировкой! В ответ на это пациентка замкнулась в себе. Предположение: самонаказание.

П: Иногда у меня возникает чувство, что мне хотелось бы броситься к вам, схватить вас за шею и крепко прижать. Но потом я думаю: «Он не выдержит этого и сразу упадет замертво».

А: Такого я могу не выдержать.

Пациентка развила эту тему, выразив охватившую ее тревогу по поводу того, что она требует от меня слишком многого и что я не смогу выдержать этой борьбы.

А: Это борьба не на жизнь, а на смерть, с ножом.

П: Возможно.

Затем она стала размышлять о том, что всегда, всю свою жизнь, она сдавалась заранее, еще до начала сражения, и отступала.

П: Я больше нисколько не сомневаюсь в том, что отступление было правильным выходом для меня. И вот опять, столько времени спустя, я чувствую, что нужно сдаваться.

А: Уйти и посвятить себя миссионерской деятельности вместо того, чтобы биться до конца.

П: Совершенно верно, нервное истощение.

Примечание. У нее был очень сильный страх потери объекта.

А: В этом случае есть гарантия сохранения меня. Тогда вы бы заранее отказались испытывать меня на прочность.

Мы продолжили разговор о том, что я могу выдержать и мог ли бы я попасть под воздействие ее «бреда». Когда-то пациентка привела сравнение с деревом и задалась вопросом, может ли она что-либо с него сорвать и что это будет. Я вернулся снова к этому образу и спросил, что она хочет получить, ломая ветви.

Примечание. Древо знания — агрессия.

П: Это ваша шея, ваша голова. Меня часто занимают мысли о вашей голове.

А: И сейчас тоже? Вы часто думаете о моей голове?

П: Да, невероятно часто. С самого начала я ее измеряла во всех направлениях.

А: Хм, это...

П: Это странно, от затылка до лба и снизу. Я думаю, что совершаю настоящие культовые обряды с вашей головой. Это слишком уж странно. С другими людьми мне больше нравится смотреть, как они одеты, — чисто инстинктивно, я совсем не изучаю их.

Примечание. Первичная идентификация через создание объектов, общих для обоих. Затем мы обсуждали эту тему в течение длительного времени, что сопровождалось паузами и хмыканьями аналитика.

П: Просто для меня это слишком. Я себя иногда спрашиваю потом, почему раньше этого не видела, это же такая простая связь. Меня ужасно интересует ваша голова. Конечно, и то, что внутри ее, тоже. Нет, не просто получить то, что находится внутри, а влезть внутрь; да, главное — проникнуть внутрь.

Примечание. Частичное отдаление объекта повысило ее бессознательную фаллическую агрессивность.

Пациентка говорила так тихо, что сперва я даже не расслышал «влезть внутрь» и понял это как «вложить внутрь». Пациентка поправила меня и прибавила необычное сравнение: «Да, это так трудно сказать, когда на меня уставилось сто пар глаз».

П: Влезть внутрь, именно влезть внутрь и достать что-то оттуда.

Я усмотрел в этом проникновении внутрь и вынимании оттуда связь с вопросом о битве. В терапевтических целях можно было использовать сексуальную символизацию, которая в данном случае была следствием перемещения объектов из нижней части тела (гениталии) в верхнюю (голова). Я напомнил пациен-

тке историю, которую она рассказала на одном из предыдущих сеансов. Ее знакомая не допускала сексуальных отношений со своим приятелем и помогала ему осуществлять мастурбацию, которую описывала на жаргоне охотников за головами: «голова усыхает». Бессознательные кастрационные желания, вызываемые завистью к пенису, породили глубинную сексуальную тревогу и сопровождались страхом вообще и конкретным страхом дефлорации. Эти страхи в свою очередь привели к фрустрации, причем к такой, которую она сама неосознанно спровоцировала; таким образом, возник невротический порочный круг. Бессознательный в этот момент отказ от сексуальных и эротических желаний усилил агрессивные компоненты ее желания иметь и владеть (желание обладать пенисом, зависть к пенису).

А: То есть вы хотели бы иметь нож, чтобы суметь проложить себе путь внутрь и достать оттуда побольше.

После того как мы обменялись еще несколькими мыслями, я объяснил, что за нашим интересом к темам проникновения внутрь головы и битве до конца с ножом в руках стоит что-то очень конкретное.

А: Ваша знакомая, о которой вы рассказывали, говорила об охотниках за головами не просто так.

П: Как раз поэтому я оборвала эту линию мыслей. [Около десяти минут пациентка говорила на совершенно другую тему.]

Пациентка сказала, что осознает свое сопротивление интенсификации переноса, но затем снова уклонилась от темы. Она приостановила рост интенсивности переноса, сделав сразу несколько критических замечаний.

П: Потому что сейчас это может быть так глупо, так неблизко. Да, все дело в моих желаниях и влечениях, но тут есть загвоздка для меня, и это сводит меня с ума, а когда есть голова и голова сохнет...

Она засмеялась, тут же извинилась и замолчала. Я попробовал подбодрить ее.

А: Вы знаете, что у вас в голове.

П: Я сейчас у себя в голове сама не своя. Откуда я знаю, что произойдет завтра. Я должна думать о прошлом. Я только что думала о догме и о вашей голове, а если вы хотите вернуться к этому... [к ссохшейся голове]. Это все-таки преувеличение.

Примечание. Я первый упомянул о ссохшихся головах, так как предположил, что пациентке будет легче сотрудничать, если отношения зависти к объекту сменятся более дружелюбными.

Потом пациентка говорила о других вещах. Она описала, как представляет себе меня и саму себя вне всякой связи с головой; затем голова, но уже в более широком смысле, снова стала центром внимания.

А: Когда вы думаете о голове, вы стараетесь понять, кто есть вы и кто есть я.

П: Я иногда мысленно измеряю вашу голову, будто хочу подчинить себе работу вашего мозга.

Далее пациентка рассказала об ассоциациях, возникших у нее, когда она однажды увидела где-то напечатанной мою фотографию.

П: В тот момент я обнаружила нечто совершенно новое. Я тогда испытала невероятную зависть к вашей голове. Просто невероятную. Сейчас я, во всяком случае, к чему-то приближаюсь. Стоит только подумать о кинжале и о каком-нибудь приятном сновидении.

Примечание. Пациентка явно ощутила себя в ловушке. Она чувствовала себя униженной собственной ассоциацией, как будто догадалась о моем предположении, к чему может относиться ее зависть. В таком случае я бы, так сказать, обогнал ее в своих мыслях.

А: Для вас, по-видимому, унизительно то, что, когда вы сказали о зависти, я уже как бы знал, к какой категории это отнести, знал, чему вы завидуете.

П: Это возникло прямо сейчас, потому что вы упомянули ссохшиеся головы, о которых я даже не говорила. Но меня завораживает эта битва до конца, битва за нож, за то, чтобы проникнуть в твердое... Да, я боялась, что вы этого не выдержите. Мой страх, что вы не выдержите, идет очень издалека. Мой отец никогда не мог ничего вынести. Вы не поверите, насколько я считала своего отца мягким. Он ничего не мог вынести.

Примечание. Неожиданный поворот. Неуверенность пациентки и ее тревога, связанная с тем, чтобы ухватиться за что-либо, непроизвольно возникли в связи с отцом.

А: Тогда вопрос о том, тверда ли моя голова, является еще более важным. Когда вы за что-то крепко держитесь, твердость еще больше возрастает.

П: Да, можно ухватиться крепче... и можно — просто — сражаться лучше.

Затем пациентка высказала несколько замечаний о том, как важно то, что я не позволил смять себя, и вернулась к зависти. Она снова заговорила о годах учения в университете и о том, что имела привычку «измерять» головы у других. Потом у нее возникла новая мысль.

П: Я хотела проделать в вашей голове маленькую дырочку и вложить через нее немного своих мыслей.

Примечание. Возможно, это объективистский образ «интеллектуального» обмена как смещения?

Мысль пациентки о взаимности обмена помогла мне увидеть другой аспект битвы. Стало очевидно, насколько важно для меня, чтобы она оставалась частью мира (и находилась в контакте со мной), не жертвуя собой мазохистски и не кончая жизнь самоубийством.

П: Эта мысль появилась у меня недавно. О том, не могла ли бы я поменять некоторую часть ваших принципов на мои. После мысли о таком обмене мне было проще сказать все это про вашу голову.

А: И вы продолжаете приходить сюда, чтобы иметь возможность снова и снова наполнять мою голову своими мыслями.

Примечание. Оплодотворение в различных смыслах слова — равновесие и признание взаимности.

П: О да, и высказывать по-настоящему продуктивные мысли.

Пациентка снова вернулась к тем мыслям и фантазиям, которые были у нее перед сеансом: о том, что она разрывается на части; о том, есть ли у нее вообще будущее и не должна ли она так или иначе отступить и прекратить все это.

Вначале я постарался ослабить ее сильное чувство вины, связанное с деструктивными тенденциями. Я снова подчеркнул то, что ее мысли о моей устойчивости находятся в определенном соответствии с уровнем агрессивности. Пациентка могла бы приобрести уверенность в себе, а затем высвободить деструктивные тенденции, только если бы она нашла сильную, прочную опору. Тема принципов относилась, возможно, именно к этому. Хотя она критиковала свою собственную Библию и мою, как она полагала, веру во «фрейдовскую библию», тем не менее ее принципы давали ей чувство защищенности, и именно поэтому они не были слишком выраженными или ригидными.

А: Конечно же, вам не хватило бы маленькой дырочки; вы хотели бы вложить много, а не немножко. Мысль о маленькой дырочке была лишь робкой попыткой проверить крепость моей головы.

Затем я дал следующую интерпретацию: через большую дырку пациентка могла бы увидеть больше мыслей и прикоснуться к ним. Она подхватила эту идею.

П: Мне бы даже хотелось погулять в вашей голове.

Она развила эту идею и отметила, что даже раньше, то есть за несколько дней до сеанса, она часто говорила сама себе, как было бы чудесно отдохнуть во мне, поставить скамейку в моей голове. Пациентка сказала очень спокойно, что после смерти, глядя на свою прожитую жизнь, я мог бы сказать, что у меня было тихое, спокойное место для работы.

Примечание. Спокойствие и тишина имеют отчетливые признаки регрессивности, а именно — полного избегания борьбы за жизнь.

Затем пациентка стала мысленно представлять себе, как она входит в материнский дом через широко распахнутую дверь и как отворачивается от жизни. Затем она провела параллель с началом сеанса, когда дверь была открыта.

П: Я действительно без всяких усилий вошла сюда. Да, я могла бы оставить всякую борьбу снаружи; я могла бы и вас тоже оставить снаружи, а вы бы сохранили свои принципы.

А: Хм.

П: И тогда бы я с вами не боролась.

А: Да, но тогда я был бы не страшен для вас и ваших принципов. В этом мире спокойствия и тишины все остается неизменным, но тот факт, что вы вмешиваетесь в мои мысли и входите в мою голову, говорит о том, что вы на самом деле хотите что-то изменить; что вы можете и хотите изменить что-то.

На следующем сеансе, через пять минут после начала, пациентка снова вернулась к мыслям о моей голове и об ее измерении и к тому, как я взволновал ее, когда начал говорить про ссохшиеся головы.

П: Я вам это сказала. Почему же вы хотите увильнуть от головы?

Затем пациентка рассказала, как, еще не дойдя до своего дома, вспомнила мысли, появившиеся у нее в тот момент, когда она поздоровалась, но о которых совершенно забыла во время сеанса.

П: Я подумала, он [аналитик] великолепно выглядит, а потом подумала про гениталии и про ссохшиеся головы [но она быстро отбросила эту мысль и совершенно забыла о ней]. Когда вы начали говорить про ссохшиеся головы, я подумала: «Откуда он это взял?»

Следующей темой была моя надежность и мои строгие принципы, и стало ясно, что пациентка восприняла как догматическое мое отнюдь не таковое замечание о Фрейде и Юнге (я забыл, какое именно), которое я как-то сделал. Затем она стала думать о том, что значит жить полноценной жизнью, о тех моментах, когда все для нее останавливается и она превращается в «аскета», и о том, может ли она снова ожить. Вслед за этим она опять упомянула про битву и про мою голову.

П: Я действительно боялась ее оторвать. А сегодня я подумала, что она такая устойчивая и прямо посаженная, и сказала себе: «Я почему-то не могу влезть в свою голову. Я не чувствую там себя как дома. Как же тогда я проникну в вашу?»

Затем пациентка начала рассказывать о своей тете, которая была временами настолько жесткой, что казалось, будто натыкаешься на стену. После этого пациентка стала говорить, насколько твердой и насколько мягкой должна была бы быть ее

голова. С одной стороны, ее фантазии крутились вокруг ощущений спокойствия и надежности; с другой — она думала о том, что может скрываться в ее голове, и об опасности быть поглощенной этим.

Примечание. Эти мысли явно оживили регрессивные механизмы. Пациентка никак не могла обрести покой и расслабленность, поскольку ее сексуальные влечения были связаны с прегенитальными фантазиями, которые возвратились в форме проекции ввиду опасности их поглощения. Этот механизм нашел свое наиболее яркое и в каком-то смысле крайнее выражение в индийской сказке, которую пациентка вспомнила позже; в этой сказке мать доставляла удовольствие своим маленьким сыновьям тем, что сосала их пенисы, но при этом она откусывала их.

Сравнение голов с их содержимым все время крутилось вокруг вопроса о том, сочетаются ли они друг с другом или нет.

П: Вопрос о том, откуда берутся ваши мысли и откуда берутся мои... Мысли выражают многие вещи...

А: Как они встречаются друг с другом, как одна стирает другую, насколько они проникают друг в друга, сочетаются ли они или нет.

П: Да, именно.

А: Угу.

П: Вы сказали это слишком мягко.

Пациентка размышляла обо всем том, что пугало ее, и снова вернулась к образу ссохшихся голов.

П: Я чувствую, что сексуальность здесь притянута за хвост. Прыжок был слишком большой.

Развитие этой темы привело к вопросу о скорости и о том, обращаю ли я внимание на нее и эту скорость.

П: Но это правда; конечно же, имелась в виду не только ваша голова, но и ваш пенис.

В тот момент Амалия X, испытывая то возрастающую, то уменьшающуюся тревогу, смогла различить сексуальное удовольствие и удовольствие, получаемое от интеллектуального взаимодействия. Психоаналитическая кушетка стала в ее мыслях местом сексуального единения, а отдых в моей голове — символом прегенитальной гармонии и в конечном счете местом существования общих объектов и понимания. Несколько позже этот аспект еще более прояснился.

С точки зрения симптоматики тема наших сеансов была связана с тревогой о том, не причиняет ли она себе вред, так как у нее был небольшой цистит. Пациентка страдала от постоянных позывов к мочеиспусканию, что являлось, как она предполагала, результатом нанесения себе какой-то травмы во время мастурбации. Разглядывая анатомический атлас, она пыталась предста-

вить, как выглядит область ее гениталий. Она жаловалась на боли в нижней части живота. Пациентка думала, что она могла повредить мышцу тем, что надавливала на нее и терла, аналогично тому, как во время тяжелых родов может повредиться мышечный сфинктер мочевого пузыря. Тревога по этому поводу серьезно беспокоила ее, у нее нарушились сон и работоспособность. Она боялась, что кто-нибудь может заметить мокрое пятно на ее брюках. Во время мастурбации у нее преобладали деструктивные фантазии.

Несмотря на усиливающиеся жалобы, пациентка испытывала доверие ко мне. Она хотела получить определенный ответ на вопрос о том, могла ли она с точки зрения анатомии причинить себе какой-либо вред во время мастурбации. Моя уверенность в том, что это невозможно, снизила ее тревогу и принесла временное облегчение, однако у нее возникло чувство, что она шантажирует меня или «каким-то образом соблазняет». Должно быть, это стало источником «новых опасностей». Шантаж, исповедь и соблазнение оказались смешанными вместе. Она боялась, что я «заведу ее куда-нибудь, где нет никаких запретов» и, как я считаю, нет никаких оснований испытывать чувство вины. У нее попеременно возникали два образа; в одном я выступал в роли соблазнителя, в другом — как строгий выразитель общественной морали. Уход в фанатичную религиозность казался ей способом избежать пугающего отсутствия границ в ней самой, которое могло бы все спутать и разрушить. Тем не менее религиозность по-прежнему имела для нее небольшое значение, в особенности потому, что она ослабила свои связи с церковью до начала анализа, так как не ощущала никакого облегчения, а, напротив, постоянно находилась под гнетом христианских заповедей.

В этой фазе анализа резко изменилось соотношение переноса и отношений врач—пациент; это произошло в результате моих объяснений техники аналитической работы. Амалия Х восприняла это как знак доверия с моей стороны. Это облегчило для нее идентификацию с моей функцией, ведущей к пониманию. Моя готовность сообщать ей свои мысли была для нее очень ценна и подняла на новый уровень как наши отношения, так и перенос. Свое собственное понимание хода вещей позволило пациентке не чувствовать себя отстраненной, и ее агрессивное внедрение в мою голову, просверливание в ней отверстия, стало не так важно, или, другими словами, сблизило нас и позволило пациентке установить хорошие, легкие, дружеские отношения.

Я не вижу ничего особенного в том, чтобы дать пациенту возможность понять ход мыслей психоаналитика. С моей точки зрения, это совершенно обычная ситуация, которая, однако, да-

ет пациенту абсолютно новый опыт переживаний. В отношении к своему начальнику (которое являлось смещенным переносом ее отношения ко мне) пациентка проявляла «безмерное уважение» и даже не смогла позволить себе выяснить некое недоразумение, возникшее в разговоре с ним, так как он был постоянно занят.

Очевидно, что пациентка воспринимала доверие с моей стороны как знак безграничной свободы, то есть так, будто я освободил себя от каких-либо запретов. Далее мы перешли к тщательной проработке того факта, что она долгое время знала о моих взглядах на важные для нее вещи и что она действительно имела право на это знание.

Пациентка упомянула о своих трудностях в отношениях с начальником и дала понять, что чувствует себя с ним свободнее. Она преувеличенно поставила свои успехи в заслугу психоанализу и мне. Затем мы вернулись к вопросу об одобрении, и я сказал, что она хочет получить одобрение, так как ей трудно получать самой удовольствие от собственных успехов. Мы продолжали дальше говорить о чрезмерном уважении.

А: Это идет на убыль само по себе.

П: Я все еще ужасно боюсь, что меня выбросят вон.

(В течение длительного времени пациентка регулярно уходила из моего кабинета за несколько минут до конца сеанса, что представляло собой мини-симптом. Мы никогда специально не обсуждали многочисленные причины такого поведения. Постепенно поведение пациентки изменилось. Одной из причин этого был страх, что ее выгонят, попросят уйти; это могло «перечеркнуть» всю встречу.)

Я удивился ее вопросу: «Вы заметили, что только что объяснили мне технику своей работы, что бывает нечасто?» Отвечая ей, я понял, что на пациентку произвели впечатление мои слова о том, что что-то идет на убыль само по себе. (Глядя ретроспективно, можно сказать, что я действительно подбодрил ее, а именно сказал, что многое случается само собой и совсем необязательно бороться за что-то.) Затем пациентка долго говорила о том, что она неожиданно для себя позитивно восприняла мои слова и рассматривает это как знак моей свободы.

П: Вам не нравится свобода, которой я вас наделяю?

Я высказал удивление по поводу ее убежденности в том, что она не должна вникать в мои мысли и узнавать, почему я высказываю ту или иную мысль, хотя это ей уже давно известно.

П: Но то, что я смогла сказать об этом, — вот что для меня удивительно.

А: Тогда, значит, мои слова, что вы можете знать о чем-то само собой разумеющемся и знали уже давно, были знаком одобрения.

П: Было еще и другое, а именно ваш образ, который у меня всегда был: вы охраняете свои сокровища. [Она смеется.] У меня все время было чувство... голова, книга и все такое; а когда вы открыли собственную голову, мне уже не нужно было туда внедряться и все стало совсем по-другому. Это просто открытость и свобода, которые исходят от вас. Знак доверия, подумала я, когда вы сказали: «Я делаю это потому-то и потому-то... Я думаю, что это то-то и то-то». Мне кажется, что это разные вещи — если это вы говорите или если я это говорю вам.

В отношении образа открытой книги следует добавить, что за это время пациентка прочитала одну мою книгу и вторую, написанную в соавторстве с женой. Она сочла каким-то образом, что во «фрейдовской библии» содержатся заповеди, запрещающие приобретение знаний, и была явно удивлена тем, что я считал ее любопытство таким же естественным, как и то, что она собирала сведения о происхождении моей семьи. Что касается моей христианской Библии, то даже еще до начала анализа у пациентки была смутная идея о моих особых семейных связях.

По мере того как увеличивалось доверие пациентки ко мне и усиливалась ее идентификация с функциями аналитика, помогающего ей в осознавании и инсайтах, стало появляться больше новых, интенсивных фантазий переноса. Таким образом, установились прочные рабочие взаимоотношения, что символически отразилось в таких образах, как «надежное и уверенное выражение лица» аналитика, выражения лица «я-здесь», а также «теплые руки» аналитика.

3 Контрперенос

Введение

Как мы показали в первом томе (гл. 3), история изучения контрпереноса представляет собой пример вторичного открытия принципа комплементарности — важнейшего принципа социального взаимодействия в психоанализе. Если мы считаем, что Хайманн (Heimann, 1950) достаточно ясно обосновала положительную значимость контрпереноса, то тогда внесение концепции взаимодействия в обсуждение психоаналитических теорий можно рассматривать как признак перехода этого обсуждения на следующий уровень.

Эффекты любого психотерапевтического взаимодействия, независимо от того, каков его источник, несомненно, являются всегда взаимными (двусторонними, реципрокными). Однако действие одного субъекта не тождественно действию другого... в частности, реакции терапевта частично уравновешиваются рефлексией, то есть его оценкой тех возможных, желаемых, ожидаемых и пугающих реакций, которые пациент хотел бы вызвать у него. Это происходит потому, что, во-первых, согласно Фрейду, в психотерапевтической ситуации мышление и осознание включают в себя пробное действие и, во-вторых, аффективные провокации неизбежно отражаются на профессиональных отношениях (Thomä, 1981, p. 391).

Особенно полезными для психоанализа представляются те теории межличностного взаимодействия, которые Блумер (Blumer, 1973) удачно определил как «символический интеракционизм». Согласно Вайсу (Weiss, 1988), этот термин относится к исследовательскому подходу, важнейшим положением которого является то, что действие индивида по отношению к субъектам и объектам определяется значимостью для него этих субъектов и объектов. Знание теорий *интерсубъективности*, например в том виде, как их изложил Джоас (Joas, 1985), делает более понятными феномены контрпереноса. Мид, один из ведущих представителей символического интеракционизма, писал в своей книге «Сознание, Я и общество» (1934):

В большей или меньшей степени бессознательно мы смотрим на себя так, как смотрят на нас другие. Бессознательно мы обращаемся к себе так, как другие обращаются к нам... Мы вызываем в другом то, что вызываем в самих себе таким образом, что бессознательно принимаем на себя эти

установки. Бессознательно мы ставим себя на место других и действуем, как действуют они. Здесь я просто хочу выделить общий механизм, поскольку он играет фундаментальную роль в развитии того, что мы называем самосознанием, и в возникновении ощущения собственного Я. Мы постепенно вызываем в себе, главным образом с помощью голосовых интонаций, те ответные реакции, которые вызываем в других людях, и начинаем вести себя в соответствии с установками других людей. Решающее значение языка в развитии человеческого сознания заключается в том факте, что речевой стимул оказывает такое же влияние на говорящего человека, как и на его собеседника (Mead, 1934, p. 69).

Теория ролей обогатила концептуальные возможности нового понимания процессов переноса и контрпереноса введением нераздельно связанных между собой понятий роли и своего Я:

В жизни разыгрывание роли связывается с театром, и многим из нас не понравилось бы, если бы профессиональную деятельность и ее огромное значение для человека рассматривали на основе только такого понимания роли [хотя теория ролей была заимствована именно оттуда]. Тем не менее мы признаем и должным образом оцениваем тот факт, что Хабермас применил сценическую модель интерпретации психоаналитической ситуации. Действительно, на практике мы часто в очень наивной форме говорим о роли в тот или иной момент психоаналитика в переносе пациента (Thomä, 1981, p. 392).

В разделе 3.4 первого тома, в полной мере признавая вклад Мида, мы описали развитие ролевой модели. Один из аспектов профессиональной роли психоаналитика состоит в том, что он чувствителен и к эмоциям пациента, и к своим собственным эмоциям, но это также является узловым моментом того, что называется контролируемым контрпереносом, — психоаналитик не выражает эти чувства в действиях. Интерпретируя, он одновременно и выполняет свою профессиональную роль, и выходит за ее пределы. Тот язык, которым он интерпретирует, отражает его собственные мысли — и его личность, — даже если интерпретация касается ситуативной, конкретной проблемы пациента и несмотря на возможную уверенность аналитика в том, что он полностью беспристрастен.

Таким образом, роль и собственное Я принимают конкретную форму в социальном взаимодействии, являющемся основой для их понимания. В соответствии с этим Сандлер и др. отмечают, что «этот перенос не следует сужать до иллюзорного восприятия другой личности... а наоборот, в это понятие можно включить бессознательные (и часто неуловимые) попытки манипуляции или провокации такого взаимодействия с другими людьми, которое представляет собой замаскированное повторение более ранних переживаний и отношений» (Sandler et al., 1973, p. 48).

Бекманн (1974) провел систематическое исследование феноменов симметрии и асимметрии в распределении ролей в об-

щей ситуации переноса и контрпереноса при диагностической оценке, но его исследование не привлекло внимания клиницистов. Он указывает на значение повторяющейся навязчивости, посредством которой комплементарность превращается в ригидные, жесткие, строгие ролевые отношения, которые аналитик личностно переживает как актер на сцене аналитического театра. Бессознательные ролевые отношения приводят к возникновению «циклических психодинамических паттернов», как их описывают Страпп и Биндер (Strupp, Binder, 1984, pp. 72 ff.). При этом психодинамические паттерны понимаются как состоящие из повторяющихся межличностных трансакций, которые поддерживают сами себя, образуя замкнутый круг. Это является также основополагающим аспектом в диагностике психоаналитического взаимодействия; согласно Сандлеру (Sandler, 1976), аналитик должен быть готов принять на себя определенную роль, с тем чтобы получить информацию и затем провести такую диагностику.

Относительная устойчивость терапевтической ситуации дает возможность проявиться ригидным структурам, которые организуют опыт пациента. Особая функция аналитика облегчает и комплементарность, и конкордантную идентификацию с пациентом. Обе эти позиции имеют черты объектно ориентированных отношений, в которых иногда подчеркивается одна сторона, а иногда — другая.

В этом контексте реакции переноса и контрпереноса могут быть поняты как коммуникативные и интеракционные процессы, в которых бессознательные установки избирательно влияют на восприятие воздействующих извне стимулов, то есть влияют на характер ситуативных стимулов. Здесь уместно вспомнить о многочисленных вариантах хорошо известного образа: «подходят друг к другу, как ключ к замку». Чем больше пациент связан в своих отношениях специфическим паттерном, тем сильнее аналитик испытывает давление к принятию соответствующей комплементарной или конкордантной роли. Замок и ключ не могут обойтись один без другого. Виттгенштейн употребил следующий афоризм по поводу фрейдовской «идеи»: «Душевное расстройство не сломало замок, а только переделало; и теперь старый ключ его не открывает; замок открывается только новым ключом» (Wittgenstein, 1984, p. 496). Мы не будем развивать дальше эту метафору, а обратимся вместо этого к имеющимся знаниям о регуляторных процессах в аффективных (эмоциональных) и когнитивных микровзаимодействиях (Krause, 1983; U. Moser, 1984; Zeppelin, 1987; см. также т. 1, разд. 9.3). Эти знания подкрепляются результатами исследования в современной психологии развития, где были получены убедительные до-

казательства интерсубъективности в отношениях мать—ребенок (Lichtenberg, 1983; см. т. 1, разд. 1.8).

В двух первых разделах этой главы (3.1 и 3.2) мы приводим примеры конкордантного и комплементарного контрпереноса. Вслед за Рэкером мы полагаем, что идентификация аналитика с тем объектом, с которым его отождествляет пациент, а также сопутствующие этому патологические процессы должны быть достаточно краткими и умеренными, чтобы не мешать аналитической работе (Racker, 1978, p. 78). Вопрос о ретроспективной атрибуции и ретроспективной фантазии приобретает первостепенное значение. В разделах 3.4 и 3.5 мы обсуждаем на характерных примерах спорные вопросы о том, как аналитик позволяет пациенту принять участие в контрпереносе или как он невольно старается защитить себя, используя иронию. Критический комментарий к примеру, приведенному в разделе 3.6, углубляет понимание контрпереноса с точки зрения ощущения своего Я. И наконец, в разделе 3.7, объясняя наше понимание контрпереноса, мы подходим к теме проективной идентификации. В простом и понятном высказывании, основанном на стихотворении Нестроя, Рэкер очень точно описывает обременительную сторону контрпереноса:

> Мы признаем, таким образом, что иногда перестаем понимать, но не совсем, а как раз настолько, чтобы заметить свой патологический контрперенос и суметь определить его, чтобы в дальнейшем, вновь обретя контроль над ним, использовать восприятие для анализа переноса пациента (Racker, 1978, p. 76).

Независимо от того, что пациент переносит на аналитика, чем он его обременяет, аналитик должен решать терапевтические задачи в интересах пациента. Для аналитика с его «невозможной профессией» нелегко гармонично сочетать требуемую роль со своими собственными личностью и частной жизнью. Аналитик ведет двойную, многостороннюю жизнь, именно это имел в виду Шопенгауэр, один из философских основоположников сценической модели, когда писал:

> Здесь, в этом мире спокойного созерцания, том, что полностью занимает человека и движет им, он предстает холодным, бесцветным, а временами — отчужденным; здесь он — только сторонний наблюдатель. Этим уходом в рефлексию человек напоминает актера, который играет свою роль, а потом садится в зрительный зал, пока не наступит время его следующего выхода на сцену. Со своего места он бесстрастно наблюдает за всем, что происходит на сцене, даже если идут приготовления к его смерти (по пьесе); а потом он возвращается и играет, и страдает так, как должен страдать в пьесе. Человеческая невозмутимость проистекает из этой двойственности и не имеет ничего общего с отсутствием способности к созерцанию в животном мире; это спокойствие, наступающее вслед за созерцанием и принятием сознательного решения или вслед за признанием необходимости сделать самое важное, порой и самое страшное; это спокой-

ствие, с которым человек хладнокровно позволяет чему-то с собой случиться, или сам совершает поступок: самоубийство, казнь, дуэль, или подвергает себя опасности любого рода (Schopenhauer, 1973, p. 139).

3.1 Конкордантный контрперенос

В разделе 3.4 первого тома мы описали вслед за Рэкером (Racker, 1957) конкордантный контрперенос, в котором аналитик, в силу идентификации с пациентом, испытывает те же чувства, что и пациент. Классифицируя совместно переживаемые чувства в рамках психоаналитической теории, Рэкер выделяет конкордантные идентификации соответственно на уровне личностных компонентов Супер-Эго, Эго и Ид. Ниже мы приводим пример конкордантного контрпереноса на материале двух сеансов лечения.

Игнац Y оказался после развода в трудной ситуации. Он постоянно должен был разрешать проблемы, связанные с правовой стороной его долгов. Эти долги были результатом того образа жизни, в который его втянула бывшая жена. Внутренне и внешне безнадежная, эта ситуация усилила его стремление найти любящего отца и интенсифицировала соответствующий перенос. Пациент, выросший в Швейцарии, снова почувствовал себя чужим, бесприютным и рассчитывал найти в психоанализе серьезную поддержку. Мы обсуждали многократно вопрос об увеличении частоты сеансов с трех до четырех раз в неделю. Игнац Y платил за лечение сам. У него не наблюдалось той симптоматики, которая позволила бы ему воспользоваться системой медицинского страхования. Увеличение частоты сеансов привело бы к возрастанию финансовых проблем, поэтому нужно было тщательно взвесить все «за» и «против».

Пациент сказал, что с него опять требуют долг и ему необходимо срочно проконсультироваться с адвокатом. Он добавил также, что ему придется покрутиться, чтобы избежать новых финансовых проблем. «Где-то же должен быть предел!» — сказал он. Когда я услышал слово «предел», я спросил себя, какое напряжение способен еще вынести пациент. Сможет ли он противостоять давлению? Или он пересечет границу, чтобы начать все с нуля в Швейцарии? И действительно, в этот момент пациент начал говорить о своей семье. Он получил письмо от сестры: «Ну, по крайней мере хоть что-то положительное». Сестра тоже покинула родителей — как и он, когда уехал учиться в университет, — и поселилась в большом городе около немецкой границы... Поэтому теперь ему стало проще с ней общаться.

Я обратил внимание на тот факт, что до этого пациент мало рассказывал о своей сестре. Я знал, что родители оказывали ей, своему законному ребенку, предпочтение. Пациент был внебрачным сыном, родители поженились, только когда он пошел в школу. Прежде чем я успел сказать что-либо по этому поводу, пациент продолжил свой рассказ. Один из его начальников, тоже швейцарец, получил весьма заманчивое предложение — разработать важный проект, при этом он стал бы правой рукой министерского чиновника. Я уловил в голосе пациента нотку неудовольствия и обиды и прибавил к этому свое собственное ощущение: «Ага, он хочет вернуться в Швейцарию». Исходя из этого, я построил свое первое терапевтическое воздействие, сказав, что он не видит конца заботам и трудностям и что жизнь гораздо милосерднее к другим. Он вздохнул и снова стал говорить о проблемах, связанных с продажей дома, которые он пытался разрешить, подрабатывая в свободное время. С одной стороны, дополнительный заработок был ему необходим; но с другой, тот факт, что с этой ночной работой постоянно возникали сложности, говорил также о его переоценке своих возможностей. Он был вынужден пренебрегать своими основными служебными обязанностями, что вело к конфликтам с коллегами и начальством.

Его соображения о том, как разрешить эти проблемы, не убедили меня, так как я считал, что они включали в себя, помимо всего прочего, и неразрешенные конфликты, связанные с личностным потенциалом и креативностью. Пока я размышлял, следовать ли мне этой линии, пациент начал говорить об отце, которому он не хотел ничего рассказывать про новые сложности, связанные с продажей дома. Если бы он узнал, то просто потер бы руки и сказал: «Да, ну и натворил же ты там дел!» Мысленно представив себя на месте отца, пациент стал возбужденным, в его словах были ярость и заметное разочарование.

А: Вам, наверное, хочется вернуться домой и найти там такого отца, который бы не придавал значения всем вашим неурядицам.

П: Да, я всегда хотел, чтобы у меня был такой отец, но у меня его не было.

Он вспомнил, что в детстве у него никогда не было с отцом близких отношений, что выражалось, например, в том, что отец никогда не давал ему карманных денег. Наоборот, пациент чувствовал себя ближе к матери, которая старалась привязать его к себе, давала деньги. В конце концов он уехал из дому, потому что ему надоело чувствовать себя связанным подобным образом и быть пленником матери. Но и сблизиться с отцом ему не удалось. Только недавно он узнал, что отец к старости переменился, стал терпимее и очень хотел бы вновь обрести сына.

Слова пациента вызвали у меня образ: блудный сын стремится домой, где его с радостью примут. Я вспомнил, что еще подростком Игнац Y хотел стать священником. Я напомнил ему историю про блудного сына. Это пробудило у пациента очень яркий образ пира: «Мне стоит снова перечитать Библию». Впервые на сеансе у пациента возникли религиозные чувства и вера в силу воздействия древних образов. Раньше он никогда не упоминал о том, какой след оставила в нем религия, но теперь с ним будет пребывать образ Бога, основанный на натурфилософии.

Напряженность пропала, и наш контакт стал гораздо более гармоничным. Пациент лежал на кушетке, и в его позе чувствовалась все большая и большая тяжесть. А мне все больше и больше хотелось спать. Я ощущал приятную теплоту и погружался в нее. Пациент продолжал представлять себе сцену возвращения (блудного сына) домой; когда в фантазии появился образ сестры, ситуация вновь изменилась. Это была реальная возможность вернуться домой.

Мне вспомнился в связи с этим израильский поэт Давид Рокич и, в частности, такая его строчка: «...и все пути в конце концов ведут назад в Иерусалим». Не давая пациенту никаких интерпретаций, а просто предоставив ему фантазировать о возвращении домой, я ощущал сонливость как приятное состояние расслабленности. Я следовал за течением своих мыслей и вспомнил момент, относившийся к началу лечения. В фантазии пациент описал меня как строгого аналитика, который никогда не позволял ему вставать и прохаживаться по кабинету. Наконец я сказал следующее: «Вы представляете себе сцену возвращения домой, в которой ваши отношения с отцом такие, о каких вы всегда мечтали. Но сейчас вы находитесь в стрессовой ситуации и больше нуждаетесь в моей поддержке. Чтобы компенсировать дефицит нашего общения в промежуток между прошлым и сегодняшним сеансами, мы сейчас как бы проведем четвертый недостающий сеанс в неделю. Думаете ли вы о заботливом отце, который должен был создать такой семейный очаг, где бы вам было хорошо и куда бы вы могли вернуться в любой момент?»

Пациент был тронут. Он неуверенно ответил: «Мне об этом думать трудно. У меня никогда не было такого отца, и я никогда не мог сказать, что мне хорошо, как дома».

Затем последовало молчание, которое пациент прервал, сказав, что сеанс уже закончился несколько минут назад. Очевидно, я был прав, что исполнил его желание продлить сеанс и вел себя соответственно.

Идея о возвращении домой оставалась темой и следующего сеанса; пациент связал ее с мыслью о желании упорядочить свою жизнь. Ему бы хотелось как бы сдвинуть фокус своей ны-

нешней тягостной жизненной ситуации, хотя бы немного облегчить душу, отстранившись от своих дурных поступков.

Затем он рассказал о сновидении, в котором неизвестный ему мужчина убирает из церкви разный хлам. Он находит в этом хламе игрушку и кладет ее на алтарь.

В юности пациент на какое-то время обрел в религии и в утешительном желании стать священником ту защищенность, которой не нашел в семье. Часто он обвинял себя в том, что вносит беспорядок в мой кабинет. Поэтому естественно было рассматривать церковь как метафору для терапии. Далее мы вновь стали говорить о той роли, которую играл в его жизни я, о том, как эта роль отображается во сне, — о неизвестном мужчине. Я постарался, чтобы в течение первого года терапии Игнац Y использовал наши сеансы в первую очередь для того, чтобы внести некий порядок в свою хаотичную жизнь. В тот период я в значительной степени выполнял функцию поддержки. Мои взгляды и суждения часто давали Игнацу ориентацию, удерживавшую его от погружения в хаос. Из-за нарциссической переоценки своей личности ему было довольно трудно понимать многие ситуации в личной и профессиональной сферах, и для него бывало полнейшей неожиданностью вдруг обнаружить себя в тупике. На самом же деле мы оба занимались уборкой (как тот мужчина во сне), но просто действовали разными способами. В процессе уборки мы нашли ценную детскую игрушку, которую пациент сам сделал недосягаемой извне. Ребенком он придумал даже собственный язык (см. разд. 7.3). Когда пациент упомянул про свой сон, мне пришла в голову мысль о том, что образ незнакомого мужчины — это смесь нас обоих. Это поразило меня, и я вспомнил, что недавно читал книгу, название которой — «Местоимения власти и солидарности» — привлекло меня. Мне показалось, что, возможно, в противоречии, существующем между властью и солидарностью, я ощущаю амбивалентные чувства пациента, которые он выявлял в изобилии, а я их воспринимал, не оставляя ему надежды на ответ. Еще до того, как я сформулировал, основываясь на этих мыслях, свою интерпретацию, пациент вспомнил о телевизионной передаче, в которой показали портрет А.С., разыскиваемой террористки, и заметил: «Если бы ее поймали, это было бы облегчением для всех».

В то же самое время, когда Игнац Y начал терапию, он освободился — внешне — от власти жены и ее семьи, однако боялся снова попасть в подобную ситуацию. Следующим шагом была моя интерпретация: «Когда вы полностью освободитесь от обломков вашего разрушившегося семейного корабля...» Тут пациент перебил меня, сказав: «Тогда пожертвую в вашу честь картину церкви паломников, что находится в моем родном горо-

де». Затем он сравнил нашу терапию с крестным ходом, усеянным терниями. Я заметил, что для него это процесс очень болезненный, без обратной связи, и ему совершенно неясно, что его ждет в конце. Пациент подумал об отце, который редко делал для него что-то хорошее и никогда не давал ему забыть, что он внебрачный и, по существу, нежеланный ребенок. Лишь однажды, когда он был еще маленьким и заболел, отец ухаживал за ним. Я закончил свою мысль, указав, что в процессе нелегкого поиска подходящей терапии он чувствовал себя, вероятно, внебрачным, нежеланным ребенком, так как многие терапевты, к которым он обращался, давали ему понять, что, прежде чем думать о психоанализе, он должен упорядочить внешне свою жизнь.

3.2 Комплементарный контрперенос

В разделе 3.4 первого тома мы сделали следующее резюме: Х.Дейч (H.Deutsch, 1926) использует термин «комплементарный контрперенос» для описания идентификации аналитика с объектом переноса пациента. В этом случае аналитик проникается теми же чувствами, что и мать или отец пациента, а пациент вновь испытывает чувства, которые у него были раньше в отношениях с каждым из родителей.

На 249-й сеанс Эрих Y пришел в радужном настроении. Жизнь снова обрела для него смысл. С большим чувством он рассказал про свой сон:

П: Будто я на работе и у меня очень хорошие отношения с начальником. Мы даже по телефону говорили по очереди. Я говорю первым, потом он, а потом начальник отдела; и я точно не помню, но он ел мороженое или что-то другое, но он взял себе еще.

А: Он ел, пока говорил по телефону в вашем присутствии, или как?

П: Да, когда он взял трубку, он жевал резинку или что-то еще.

А: То есть он съел вашу жевательную резинку или мороженое, создав тем самым очень доверительную атмосферу?

П: Да, именно так.

Примечание. Наши отношения окрасились гармоничной и интимной атмосферой сна. Я сосредоточился на этом настроении и как бы невольно вобрал в себя желания пациента, связанные с переносом. Я старался, чтобы бессознательное желание было выражено вербально и можно было ощутить интимность общения. Это было моей целью, которую я позднее выразил и в интерпретациях. Но я невольно понял эту ситуацию

так, что жевательная резинка была вначале во рту у пациента. Я отметил неуверенность пациента при описании сцены интимного обмена, и затем он сам заменил мороженое на жевательную резинку. Но ведь о *жевательной резинке*, сначала побывавшей во рту пациента, говорил я, потому что просто ослышался. Я не осознавал того, каким образом мой контрперенос привел к этой поправке. Перенос пациента, отображенный в сновидении, я ощущал на разных уровнях. Влечение пациента к отцу было выражено орально. Задержки и неясности при воспоминании могли отражать сопротивление скрытым фаллическим тенденциям. Очевидно, мой эмоциональный резонанс подтолкнул пациента к сопротивлению. Все произошло так естественно, что я заметил ошибку, только когда прочитал свои записи. То, что пациент сразу и с одобрением принял мою версию последовательности событий во сне (сказав: «Да, именно так»), еще больше утвердило меня в моей ошибке.

После слов пациента «да, именно так» я добавил:

А: Этот интимный обмен делает вас приятелями.

П: Это особого рода притяжение между людьми. Что-то возникает, когда происходит притяжение, а не отталкивание, когда царит равноправие. В таком состоянии, в отличие от других случаев, меня совсем не раздражает, если наш маленький сын в плохом настроении.

Затем пациент заговорил об изменении в своем настроении. Перед сеансом, когда в комнате для ожидания он вдруг увидел моего коллегу, настроение у него на какое-то время испортилось. Хотя он сидел в таком месте, где его вряд ли можно было заметить, тем не менее его мучили сомнения, здороваться ли ему или нет, ответит ли ему врач дружелюбно или нет, и так далее. Он тут же почувствовал напряжение и скованность, и вновь появились симптомы.

Примечание. Ассоциации пациента подтвердили правильность моей догадки о его стремлении к гармоничному единству и общности. Появление врача нарушило гармонию пациента, потому что он стал испытывать сомнения в том, заметит ли тот его, нужно ли ему поздороваться с врачом, должен ли он встать и т.д. Короче говоря, то, как он описал эту ситуацию сравнением параметров: большой — маленький, важный — неважный, выдавало его напряжение. У аналитика, который вошел в приемную, действительно был внушительный вид.

Эрих Y рассказал, что напряжение уменьшилось, когда он мысленно поставил себя с врачом на один уровень — как человек. Затем он упомянул о том, как он разрывался между двумя крайностями.

Примечание. Моей целью было еще больше прояснить бессознательное желание пациента, используя образ интимного об-

мена. Поэтому я снова обратился к генетически более ранним паттернам обмена и к упомянутому сновидению.

А: Да, сновидение создает совершенно противоположный образ. Там вы близкие друзья. И нет никакого напряжения. Он берет вашу жевательную резинку, а вы берете его. То, что есть у него во рту, есть и у вас во рту. Это похоже на то, как бывает у отца с ребенком или у матери с ребенком, а именно когда мать кладет что-нибудь себе в рот, пробует и говорит: «М-м! Это вкусно!» — и потом кладет это в рот ребенку.

П: Я даже во сне в этот момент остановился, я не мог поверить своим глазам. Я отступил назад и снова посмотрел, правда ли это, действительно ли он стал жевать ту же самую жевательную резинку.

А: Да, интересно, и, вероятно, из чувства стыда сперва вы сказали, что больше ничего не можете припомнить. Это могло быть и тающее мороженое. Мороженое нельзя взять в рот дважды. Только потом вы сказали про жевательную резинку, будто с самого начала речь шла о чем-то в этом роде. Жевательная резинка — это нечто более интимное, так сказать. Вы берете в рот то, что уже было во рту у кого-то другого. Как вы думаете?

П: Да, совершенно верно.

Затем пациент рассказал о своем сопротивлении, проявившемся уже во сне. Даже если им двигало только желание угодить, доставить мне удовольствие, его ассоциации тем не менее указывали на то, что я правильно угадал его бессознательные желания.

В своих следующих интерпретациях я постарался выделить оральные объектные отношения и сфокусировать внимание на оральных моментах с тем, чтобы обогатить пациента эмоционально. На какое-то время Эрих Y пытался снова подавить свое желание:

П: Про себя я опять подумал: «Боже мой! Какие чувства во мне пробудились! Что вы на это скажете?!»

А: Да, что это не просто произошло с вами, а что вы сами хотите получить нечто, что есть у начальника отдела. Вы участвуете в этом, когда мы обмениваемся словами здесь. Это не жевательная резинка, но это связано со ртом и с взаимодействием, со словами, которые летают туда-сюда и объединяют нас. Что еще может прийти вам в голову? Может быть, вы попробуете рассказать о каких-то фантазиях, если почувствуете себя более уверенно и не будете так бояться?

П: Я несколько смущен сейчас.

А: Чем?

П: Я опять испытываю беспокойство. [Он дрожит.]

А: Да, я с вами. На что это смущение эмоционально похоже?

Эрих Y снова стал говорить про сон, и было похоже на то, что начальник отдела и я слились в одном образе. Пациент сказал: «Даже во сне я в этот момент остановился, не мог поверить своим глазам. Я отступил назад и снова посмотрел, правда ли это, действительно ли он стал жевать ту же жевательную резинку?» Мое упоминание о том, что его останавливало чувство стыда, придало ему смелости и позволило проявиться глубинному влечению к отцу. Какое-то время я думал, что в подростковом возрасте пациента соблазнил гомосексуалист, и предполагал, что в переносе его смущает содержание сна. Поэтому я обратил внимание на то, что необычный и неприличный обмен во сне является обычным и естественным в отношениях между ребенком и матерью или отцом и что эта естественность присутствует в зрелой сексуальности. Я намеренно описал оральные моменты очень общими словами.

П: Знаете, когда вы говорите такие вещи, я снова начинаю чувствовать себя неловко, как будто сопротивляюсь этому.

А: Да, как будто вместе с этими словами мой язык входит в ваш рот и моя жевательная резинка, выполняющая в этом случае роль посредника, тоже.

П: Да, мне кажется, что мысли, которые исходят от вас, могли бы быть моими, что вы видите во мне зло и изображаете его как извращение.

А: Когда вы чувствуете влечение к отцу, вы боитесь, что это извращение.

П: Я вам уже говорил, что один мальчик мне все это показал.

А: Который щекотал ваш анус.

П: Да.

А: Который хотел также ввести свой член вам в рот. Вы это имеете в виду?

Пациент добавил, что в то время они не занимались ни оральными действиями, ни взаимной мастурбацией.

Неуверенность пациента позволила мне предположить, что он чувствует себя небезопасно, так как на бессознательном уровне интимность ассоциировалась с извращением. Именно по этой причине я употребил данное слово. Мне казалось, что важно снизить уровень тревоги, связанной с мыслью, что его оральное влечение (которое мы тщательно прорабатывали потом в ходе сеанса) может быть извращенным. С этой целью я сказал, что такие желания совершенно естественны для ребенка. И тогда снова стало очевидно, что именно поведение жены усиливало чувство вины и приводило к большему подавлению либидозных импульсов.

От воспоминаний о влечениях подросткового возраста Эрих Y снова перешел к настоящему времени, и мы получили для работы дневные остатки сновидения. Накануне вечером он

смотрел телевизионный фильм, в котором была сексуальная сцена, сильно захватившая его: в этой сцене мужчина подсматривал в замочную скважину за раздевающейся женщиной. Он боялся, что жена, находившаяся где-то в квартире, застанет его за этим занятием.

Примечание. В данном случае жена, как это бывало часто, являлась воплощением запретов Супер-Эго. Такой ее образ, появление которого облегчалось ее реальным поведением, неизбежно приводил к разочарованиям и к реальным конфликтам. Я предположил, что усиление влечения пациента к отцу связано с тем, что жена отвергала его или, другими словами, что регрессия с гетеросексуального на гомосексуальный уровень отношений была вызвана дневными остатками сна и произошедшим затем реальным отвержением его женой. Здесь мужчина сыграл как бы материнскую роль: во сне на более скрытом уровне изображен оральный коитус. Исходя из своих чувств в контрпереносе и из вышеприведенных соображений, я проинтерпретировал эту связь, сказав: «Да, так могло случиться. Вам не разрешили подойти поближе, чтобы получше рассмотреть, и поэтому вы искали утешения во сне».

Комментарий. Нам бы хотелось обратить внимание на то, что этот сеанс не только иллюстрирует *комплементарный контрперенос*, но также весьма поучителен и потому, что физические симптомы там играют определенную роль. Такое внимательное наблюдение за реальным процессом происхождения симптомов позволяет нам рассмотреть психодинамические связи во внезапном развитии соматических симптомов. Аналитик старался подойти как можно ближе к уровню физических потребностей, проводя аналогию между вербальным и материальным обменом. Таким образом, хотя мы не можем исследовать тело как объект соматической медицины, тем не менее психоаналитический метод позволяет нам изучать образ тела, то есть переживания, связанные с собственным телом.

3.3 Ретроспективная атрибуция и фантазирование

Отрывок из терапевтической работы с Эрихом Y, который мы приводим ниже, затрагивает обширную тему, обозначенную в заголовке этого раздела. Очевидно, что в кратком сообщении о случае мы не можем ознакомить читателей со всеми проблемами, относящимися к этой теме, но для понимания диалога между Эрихом Y и аналитиком требуется хорошее знание многих аспектов теории, создающей концептуальные рамки феноменов *ретроспективной фантазии* и *ретроспективной атрибу-*

ции. После описания сеанса мы делаем обзор проблемы, дающий читателю представление о значении понятия ретроспективной атрибуции в теории Фрейда, которое вряд ли можно переоценить.

254-й сеанс с Эрихом Y начался за дверьми моего офиса, на парковочной площадке. Мы приехали с ним одновременно и припарковали машины на некотором расстоянии друг от друга. Я видел, что бампер его автомобиля задел бампер другого, уже припаркованного ранее. В начале сеанса он не упомянул об этом событии. Он рассказал о том, что видел сон, главным моментом которого была неисправность водопровода и связанные с этим последствия. После того как вода была перекрыта, выяснилось, что в трубе был частично или полностью отпилен кусок длиной около 20 см. Каменная кладка скрывала этот дефект.

Пациент подчеркнул, что во сне он объективно и разумно оценил повреждение. В конце концов, это был не его дом; если бы это был его дом, то он бы сделал из мухи слона и придал бы огромное значение нанесенному ущербу.

Я сразу же увидел, что в этом сне присутствует его Я. В то время пациент действительно был ужасно занят ремонтом в своем доме. Он устанавливал новые водопроводные трубы и чинил старые. У меня возникла фантазия об образе тела пациента, и в водопроводной трубе я увидел аналогию его мочеполовой системы и ее повреждения, отражением которого была дисморфофобия пациента, то есть мысли о том, что у него слишком маленький подбородок и т.д. Вначале я оставался на уровне, заданном пациентом, и сделал комментарий о том, что он все еще воспринимает незначительные повреждения как сильно преувеличенные (из-за самовозвеличивания и бессознательных сопутствующих этому фантазий).

Я ограничился тем, что в подчеркнутой форме описал размер понесенного им ущерба так, как пациент его воспринимал: «Поскольку вы были малы, то любая обида или рана, нанесенная вам, сразу же вызывала вопрос «быть или не быть» и вопрос о вашем теле в целом — кривой нос, маленький член, с одной стороны, и нападения, повреждения и раны — с другой». У Эриха Y возникло несколько аналогий, продолживших мои аллюзии и в конце концов приведших его к инциденту на автостоянке: «Бампер моей машины только задел бампер другой, только толкнул ее. Задел краем. Я видел это, когда выходил из машины, и поэтому не подошел ближе. Я как раз подумал, что вы могли видеть это, и почувствовал укол совести из-за того, что ушел, не подойдя к машине».

Мое присутствие увеличило в его переживаниях размер нанесенного ущерба. Можно было предположить, что из-за высокого потенциала агрессии такие безобидные столкновения бессознательно сигнализировали пациенту о серьезных коллизиях. По этой же причине у него сразу возникло чувство, что за ним наблюдают и осуждают.

Мы говорили о его собственной способности судить о чем-либо и о том, что тем не менее он нуждается в том, чтобы его успокоили и заверили, что все в порядке. Серьезное повреждение в сновидении и его бессознательная основа были связаны с безобидным поведением пациента и угрызениями совести.

Эрих Y продолжил тему, подробно описав свою зависимость от восприятия его окружающими людьми. Но здесь существовал и другой аспект, а именно — его оригинальность и стремление к совершенству при решении каких-либо задач и то, что он никому не позволял принимать участие в планировании и завершении этих задач. Он даже жене ничего не рассказывал о своих планах.

Примечание. Его стремление к совершенству следует рассматривать как постоянное желание компенсировать какой-либо ущерб, независимо от того, чувствует ли он себя жертвой или речь идет о повреждении, которое он нанес себе сам. Даже если бессознательные влечения не достигают своей цели из-за сопротивления, подавляющего их, мысли и бессознательные фантазии тем не менее вызывают угрызения совести и желание загладить вину. Многочисленные реактивные образования — такие, как случающиеся у него приступы ярости, — были признаками сдерживаемого высокого уровня агрессии.

В центр своей следующей интерпретации я поставил слово «царапина» и связал его с телесными ощущениями пациента (см. разд. 5.2).

А: Если где-то есть царапина, то это как будто вас поцарапали; вы жертва и ничего не можете с этим поделать. Чем больше рана, тем сильнее вы злитесь. И этот маятник раскачивается все больше и больше. Так произошло, например, когда я вас задел («оцарапал»), попросив оплачивать часть гонорара из собственных денег... Все, что произошло в сновидении... Все должно быть компенсировано.

П: Да, это стремление к совершенству. Сегодня утром мне пришла в голову та же мысль. Но почему же эти внешние раны или какие-то события, почему это все сразу же начинает иметь отношение ко мне и к моему телу и приводит к таким серьезным последствиям, а я неспособен заметить и почувствовать их?

А: Да, посмотрите на повреждение, которое было во сне. Телесный водопровод — это мочеиспускание, и люди очень чувст-

вительно относятся, если их застают за этим занятием. Все это имеет отношение к водопроводу, к дому, которым является тело каждого из нас. И кто-то со злым умыслом отпилил кусок трубы, а во сне прорезал насквозь его самого.

П: Водопроводные трубы уже были повреждены до того, как их вмонтировали.

А: Ага, уже были повреждены до того, как их провели.

Примечание. В промежутке между утверждением пациента о том, что труба была уже повреждена до того, как ее установили, и моим подчеркнутым повторением его мысли мне в голову пришла идея, основанная на знании теории, а именно что у пациента существует бессознательная фантазия о том, что он получил повреждения еще в утробе матери, что-то было неправильное в процессе его внутриутробного развития. Меня не очень удивило, что в тот момент пациент вспомнил нечто, что *ретроспективно* сохранилось в памяти так живо благодаря постоянным рассказам матери. Дело в том, что его голова во время родов деформировалась. Так в фантазиях пациента возник образ деформированного тела, в частности головы; образ из раннего периода жизни. Я рассматривал эту регрессивную фантазию как попытку создать status quo ante, то есть вновь достигнуть предтравматического состояния, описанного Балинтом. И действительно, у пациента появились другие фантазии, явно имеющие отношение к первичной травме.

Пациент подхватил мою фразу: «...уже были повреждены до того, как их провели».

П: Как я сказал, ошибка возникла в процессе изготовления, это более серьезное повреждение; а сравнение с родами прямо напрашивается. Мне вспомнилось, как моя мать говорила мне, что роды были очень тяжелыми. Пришлось тащить меня щипцами, это было трудно, и голова деформировалась.

А: Это значит, что она уже была повреждена во время своего формирования, создания.

П: Быть созданным... [Длинная пауза.] Это очень странно, как будто бы я лежал в животе у матери, в этой пещере. Вокруг все так чисто, просто, одинаково. А потом сразу скачок на несколько лет вперед, в детский сад, перед началом войны. Это была первая рана. Не знаю, говорил ли я об этом раньше. Мы с братом играли за домом, во дворе фермы. В поле на склоне холма стояли какие-то моторные тележки. Я отпустил тормоза тележки. Она покатилась и проехала над братом, но поскольку он играл в яме для цыплят, тележка только проехала над ним, его не задев.

А: Хм, только поцарапала. Тележка...

Потом пациент рассказал, что тележка скатилась с холма и уткнулась в стенку сарая и сильно повредила его.

Это яркое воспоминание возбудило во мне довольно похожие картины из моего собственного детства. Интенсивность моей ретроспективной фантазии была настолько высокой, что я не стал ограничивать свое воображение темой материального повреждения (о чем говорил пациент) или вызванным им переполохом. Моя интерпретация определялась контрпереносом и была прямым продолжением описания, данного пациентом.

А: Потому что вы чуть не убили своего брата. Чуть не совершили братоубийство, как в истории с Каином и Авелем.

После длительной паузы пациент обнаружил еще один аспект:

П: Я был еще и маленьким героем, который кое в чем уже преуспел.

А: Да, вы можете много чего натворить. А потом люди будут ликовать от радости, если все закончится благополучно, и скажут, что это не было так уж плохо. Как раз так все и произошло сегодня утром, когда вам хотелось бы использовать меня в качестве свидетеля, чтобы подтвердить отсутствие всякого ущерба, сказать, что ничего не случилось, что повреждение, которое вы нанесли, можно компенсировать — повреждение, которому вы были причиной, но на самом деле не были, хотя считаете себя виноватым и чувствуете угрызения совести.

Из этого описания пациента себя маленьким героем я сделал вывод, что моя интерпретация о Каине и Авеле, связанная с контрпереносом, потребовала от него слишком многого. В тот день, очевидно, у него было достаточно интенсивных переживаний, и потому оставшееся время на сеансе он посвятил рассказу о поверхностных, незначительных ранах, полученных им во взрослом мире.

Ретроспектива. [Написано сразу после сеанса.] Моя фантазия о происхождении «воображаемого» повреждения противоречила версии его матери, а именно тому, что его голова была повреждена во время родов. К счастью, я ничего не сказал. Меня удивило то, что пациент перестал говорить о тяжелых родах и начал описывать гармоничное состояние в утробе. Таким образом, во время этого сеанса мы смогли увидеть различные стороны этого гармоничного состояния, его новое начало и перемещение в период, предшествовавший первичной травме, которую пациент описывает как травму рождения. Его переживания и мое удивление одновременны. Вопрос в том, кто инициировал фантазирование, он или я? Произошедший до начала сеанса случай на автостоянке ускорил его ассоциации, что также существенно. В конце концов я поставил себя на место пациента и, ретроспективно фантазируя, оживил собственные воспомина-

ния, которые подтолкнули меня к основанной на контрпереносе интерпретации о Каине и Авеле.

Комментарий. В резюме, написанном сразу после сеанса, и в сопутствующем ему комментарии, написанном позже, аналитик объяснил, что он позволил развиться конкордантному контрпереносу. Он принял участие в ретроспективных фантазиях пациента и вспомнил о собственных похожих детских переживаниях. Впечатляет также то, что это взаимное индуцирование было вызвано идеями, относящимися к области психоаналитической эвристики, и явно шло у аналитика и «от ума», и «от сердца», от сопереживания.

Комментарии к понятию ретроспективной атрибуции. Термин «ретроспективный» (nachträglich) и образованное от него словосочетание «ретроспективная атрибуция» (Nachträglichkeit) Фрейд часто употреблял в связи с понятиями временной и физической причинности. Еще в письме Флиссу от 6 декабря 1896 года Фрейд писал: «Я разрабатываю идею о том, что наш психический механизм возник в результате процесса стратификации [разделения на разные слои]: материал, существующий в виде следов памяти, время от времени подвергается переработке в соответствии со вновь возникшими обстоятельствами, то есть как бы переписывается заново» (1950a, р. 173). Лапланш и Понталис (Laplanche, Pontalis, 1973, р. 112) разделяют ту точку зрения, что «все феномены, с которыми сталкивается психоанализ, существуют под знаком ретроактивности или даже ретроактивной *иллюзии*. Именно это имеет в виду Юнг, говоря о ретроспективных фантазиях (Zurückphantasieren): согласно Юнгу, взрослый человек заново интерпретирует свое прошлое в фантазиях, образующих множество символических отображений его актуальных проблем. С этой точки зрения реинтерпретация является для субъекта способом уйти от «требований окружающей реальности» в воображаемое прошлое». Не отвергая этой точки зрения, Лапланш и Понталис подчеркивают, что концепция Фрейда о ретроспективной атрибуции является более четкой. Согласно этим авторам, такому отсроченному пересмотру подвергается не просто всякий жизненный опыт, а в особенности тот, который в момент переживания не был полностью интегрирован в *смысловую структуру*. В их понимании, примером подобного опыта является *травматическое событие*. Фрейд воспринял идею о ретроспективной фантазии, и этот термин многократно появляется в его работах, когда речь идет о ретроспективной атрибуции:

Я признаю, что этот вопрос является наиболее деликатным в сфере психоанализа. Я не нуждался в идеях Адлера или Юнга, чтобы критически осмыслить этот вопрос и объяснить встречающиеся в анализе так называ-

емые забытые переживания детства (в том числе неправдоподобно раннего детства) на самом деле более поздними фантазиями... Я больше не испытываю сомнений; ничто меня больше решительным образом не удерживает от публикации моих заключений. Я был первым — о чем никто из моих оппонентов не упоминает, — кто понял и роль, которую играют фантазии в формировании симптомов, и ретроспективное фантазирование как перемещение более поздних впечатлений в детство и их сексуализацию после произошедшего события (Freud, 1918b, p. 103).

Мы полагаем, что эта цитата говорит сама за себя и произведет очень глубокое впечатление на читателя. Мы способны наконец-то понять энтузиазм аналитика по поводу его ретроспективных фантазий и открытия заново ретроспективной атрибуции, которая была одной из величайших идей Фрейда. Поэтому тот факт, что Стрэчи перевел это выражение как «отсроченное действие» (deferred action), безусловно, имел много последствий. Со ссылкой на наши комментарии в разделе 1.4 первого тома и соглашаясь с недавно опубликованными доводами Вильсона (Wilson, 1987), мы хотели бы подчеркнуть, что Стрэчи не выдумал Фрейда и что нынешний кризис в психоанализе не начался с того, что Стрэчи перевел работы Фрейда на англо-американский научный язык. То, что Стрэчи перевел *Nachträglichkeit* как *отсроченное действие*, является не просто тривиальной ошибкой, на что недавно указали Томэ и Чешир (Thomä, Cheshire, 1991). Концепцию Фрейда о *nachträglich* нельзя свести к концепции об отсроченном действии. Оставив на время в стороне то, как перевод Стрэчи мог повлиять на понимание работ Фрейда в англосаксонских странах, можно сказать, что даже в странах, где использовался оригинальный (немецкий) текст, понимание ретроспективного фантазирования неизбежно привело аналитиков к прослеживанию этиологических условий психических и психосоматических болезней до первых часов жизни и даже к более ранним моментам. По сути, сама концепция *Nachträglichkeit* препятствует сведению вопроса к монокаузальному детерминизму, который обращает внимание только на влияние, оказываемое очень далеким прошлым на настоящее. За последние несколько десятилетий сильно возросла тенденция прослеживать причины психических болезней до все более ранних периодов жизни, как будто судьба индивида определяется первыми месяцами жизни или даже внутриутробным периодом — причем не генетической информацией или наследственностью, а предполагаемыми влияниями окружающей среды. Такая тенденция была универсальной, то есть не зависящей от языка или перевода, она прослеживается и там, где значение *Nachträglichkeit* было понято полностью, например в работах Лакана, который связал идею Фрейда с философией временны́х отношений Хайдеггера. Ретроспективное фантазирование, обра-

щенное к началу жизни и даже за ее пределы, к открытию себя, — это чарующее содержание волшебных сказок и мифов, живущих в нас.

Данный экскурс показывает, что простое конкордантное ретроспективное фантазирование имеет многозначный смысл. Когнитивные процессы психоаналитика определяются многими предпосылками, которые он сам может даже не осознавать во время сеанса. В большой степени это относится к вышеописанному сеансу, который был наполнен чувствами и ни в коей мере не являлся чрезмерно интеллектуальным (об отсроченном действии см. также: Thomä, Cheshire, 1991).

3.4 Работа по осознанию пациентом контрпереноса

Одним из следствий существования врожденных биологических паттернов является то, что яркие эротические или агрессивные сцены довольно естественно вызывают психофизиологический резонанс, особенно если аналитик вовлечен в перенос. Сопереживая сценам, описываемым пациентом, аналитик проникается настроением, которое может варьироваться в широких пределах. Шелер в своей книге «К феноменологии и теории чувств симпатии, любви и ненависти» (Scheler. Zur Phänomenologie und Theorie der Sympathiegefühle und von Liebe und Hass, 1913) указывает на первичную объективную связанность и биперсональную природу этих процессов, глубоко затрагивающих телесную сферу (см.: Scheidt, 1986). В соответствии с психоаналитической позицией мы рассматриваем первичные бессознательные формы этих феноменов. Психоаналитику не нужны данные физиологических измерений, чтобы почувствовать, что частичная идентификация с переживаниями пациента в контрпереносе оживляет его собственные переживания. Этот эффект зависит, с одной стороны, от того, какая сцена описана, и, с другой, от характера аналитика в целом и от его способности к сопереживанию в частности. На самом деле у аналитика проявляются все эмоциональные реакции, присущие человеческой природе, которые Дарвин, Фрейд, Кэннон и Лоренц стремились объяснить в своих теориях об аффектах и эмоциях.

Наличие профессиональных задач и обязанностей ослабляет проявление любви, ненависти и сочувствия. Образно говоря, аналитик стоит только одной ногой в некоей описываемой сцене, а вторая, опорная, нога и, что самое главное, голова обеспечивают возможность находиться (по словам Шопенгауэра, процитированным выше) в «мире спокойного созерцания», чтобы в нужный момент быстро «вскочить» и использовать все свои знания.

Хотя мы не имеем здесь возможности обсуждать вопрос о природе человека — это неистощимая тема междисциплинарных обсуждений, — понятно, что и психоаналитики являются представителями человеческого рода. Они даже более восприимчивы к сексуальным или агрессивным фантазиям, так как специально настроены на восприятие малейших микросигналов, которые для пациентов, посылающих их, остаются совершенно бессознательными.

Само собой разумеется, все пациенты знают, хотя и не говорят об этом, что их аналитик подвержен влиянию биологической стороны жизни. Технические проблемы начинаются с вопроса о том, каким образом психоаналитик признает, что сексуальные или агрессивные фантазии воздействуют на него так же, как и на других людей. Непризнание взаимной природы эмоций смущает пациента. Его здравый смысл опирался до тех пор на переживания, которые сейчас подвергаются сомнению. Если между двумя людьми существуют определенного рода отношения, то эмоции одного из них не оставляют другого бесстрастным. По крайней мере смутно пациент ощущает контрперенос и нуждается в эмоциональном резонансе аналитика не меньше, чем в его ясной голове. Это напряжение удерживает пациента от попадания в один из возможных тупиков или от того, чтобы прервать лечение. С нашей точки зрения, неудачность многих случаев терапии была результатом того, что пациент был втайне убежден, что не может доверять эмоционально нереагирующему аналитику, и постоянно испытывал его все более и более сильными средствами, пока не получал доказательства своей правоты. Существует много разных вещей, которые пациент считает доказательствами вины аналитика. Спонтанные невербальные реакции или интерпретации, позволяющие пациенту сделать вывод о заинтересованности аналитика, служат для пациента признаками того, что аналитик сексуально или агрессивно стимулирован. Это служит поводом для обвинения, и аналитик сам себя дискредитирует. Таким образом, возрастание интенсивности агрессивных, эротических или сексуальных фантазий в переносе частично является результатом отрицания аналитиком своих чувств. Найти выход из этого тупика нелегко. Поэтому желательно, чтобы аналитик с самого начала признал факт существования собственных эмоций и прояснил, что профессиональные задачи дают ему возможность проявлять эмоциональные реакции в сглаженных формах. Интерес пациента к личным вопросам (то есть к частной жизни аналитика) уменьшается, если аналитик делится с пациентом своими мыслями о нем, например в контексте интерпретации. Тогда, по нашему собственному опыту, для пациента нетрудно с уважением относиться к личной жизни аналитика и ограничить свой интерес к личным

и неявным особенностям аналитика. Огромное облегчение приносит пациенту то, что аналитик не реагирует таким же образом и с той же интенсивностью, как люди, с которыми он был или находится в эмоциональном конфликте. Сглаженные эмоциональные реакции аналитика, основанные на профессиональных знаниях, облегчают для пациента получение нового опыта. Таким образом аналитик может перевести испытание его пациентом на терапевтически продуктивный путь, а не потерять полностью его доверие в результате непонимания, неестественной отстраненности и нейтральности, создающих описанный выше замкнутый круг.

Теперь мы хотели бы перейти к рассмотрению некоторых деталей. Что имел в виду Ференци (Ferenczi, 1950, p. 189), когда говорил, что полное владение контрпереносом заключается в «постоянном колебании между свободной игрой фантазии и критическим взглядом»? Что подразумевают аналитики, когда говорят о том, что имеют дело с контрпереносом? Существует определенная разница между ретроспективным разговором о том или ином чувстве, возникшем как реакция на терапевтический сеанс, и непосредственно теми переживаниями, которые испытывает аналитик, сидя перед пациентом. Очевидно, что дело заключается именно в том, как аналитик справляется с множеством воздействующих на него стимулов. Профессия психоаналитика была бы и на самом деле невыносимой, если бы каждое сексуальное или агрессивное желание пациента достигало непосредственно своей цели и аналитика бросало бы из стороны в сторону. Какими бы интенсивными ни были эмоциональная вовлеченность и взаимодействие, надо сказать, что следствием рефлексивного мышления аналитика является то, что эмоции пациента достигают его все же в ослабленном виде. Конечно, именно к аналитику обращены отчаянные призывы пациента о помощи; именно он имеется в виду, его хотят тронуть; но в силу разных причин интенсивность его переживания слабее. Определенного рода защитой являются знания аналитика о процессе переноса. Первоначально любовь, ненависть, отчаяние и беспомощность пациента были направлены на многих людей. Сопереживая пациенту, аналитик перестает быть пассивной жертвой циничного критицизма пациента; наоборот, он может как бы способствовать приятному для пациента садизму и получить интеллектуальное удовлетворение от понимания этих паттернов поведения. Спокойное размышление, которое может сочетаться с большим интеллектуальным удовлетворением от распознавания ролей, навязываемых пациентом, создает совершенно естественную дистанцированность от того, что происходит в данный момент.

Читатель может быть удивлен тем, что мы рассматриваем это как естественный процесс, никоим образом не характеризуемый расщеплением, но который в то же время не вынуждает к постоянной сублимации. Не требуется доказывать, что проблемы контрпереноса могут быть разрешены указанным нами путем, а не с помощью сублимации. Если бы аналитик должен был тратить силы на расщепление Эго, или сублимацию, то это быстро привело бы к истощению и невозможности выполнять профессиональные задачи.

Наша позиция объясняет, почему при некоторых условиях самым естественным образом пациент может знать — или даже должен знать, — какой контрперенос он вызвал у аналитика. Признавая что-либо, аналитик не должен мучиться угрызениями совести, но в любом случае не может быть и речи о том, чтобы обременять пациента своими собственными конфликтами или приводить примеры, рассказывая истории из своей собственной жизни. По разного рода причинам консультативные сеансы, во время которых пациенты ведут себя как лучшие друзья, часто принимают такой оборот, и тогда обе стороны изливают друг другу душу. Многие доктора считают также, что можно утешить пациента, рассказывая о том, как они справились со своими болезнями и другими тяготами жизни. Как бы ни была важна для психотерапии роль идентификации и обучения через образцы, не менее существенной является задача помочь пациенту самостоятельно найти приемлемые решения своих проблем. Если пациент отрицает свое первоначальное знание того, что аналитик такой же человек и также подвержен разным воздействиям, то существуют более действенные способы проинформировать его об этом, чем простое признание, которое больше ранит, чем помогает, даже если делается из лучших побуждений.

Беспомощность, по крайней мере в отношении симптомов, характеризует любое страдание. Пациент (страдающий) жалуется на расстройства, против которых он беспомощен и которые возникают сами собой, на психическом или телесном уровне. Жалобы часто превращаются в непрямые обвинения. В частности, это верно в отношении всех психических и психосоматических заболеваний, когда жалобы оборачиваются вскоре обвинениями против родителей и семьи. Чтобы не быть понятыми неправильно, мы хотели бы подчеркнуть, что нужно серьезно относиться к обвинениям и жалобам пациента на то, что с ним случилось или что с ним сделали. Длительный период зависимости в детстве сопровождается односторонним распределением власти и бессилия. Однако даже в борьбе за выживание бессильная жертва находит пути и способы защитить себя. Психоаналитическая теория предоставляет изобилие объяснительных моделей, облегчающих терапевтическое понимание этих момен-

тов, в частности тех, которые не осознаются самим пациентом. Общим звеном, связывающим все эти моменты, является бессознательное влияние, оказываемое самим пациентом независимо от того, как с ним поступили.

Наши данные подтверждают возможность участия пациента в контрпереносе при определенных условиях. Теоретически эта необходимость вытекает из дальнейшего развития теории объектных отношений в направлении психологии взаимодействия двух персон. Огромное терапевтическое значение участия пациента в контрпереносе становится очевидным каждый раз, когда пациенты не видят последствий, которые оказывают на аналитика и на окружающих людей их вербальные и невербальные высказывания, их аффекты и поступки. Возможно, именно так и случается, когда интерпретации переноса создают дистанцию между аналитиком и пациентом, что стимулирует его к тому, чтобы наделять объект человеческими качествами и пробовать пределы собственной власти. Говоря именно об участии пациентов в контрпереносе аналитика, мы имеем в виду, что контрперенос лишь отчасти принадлежит области функционирования и структурирования пациента. Именно потому проявляются бессознательные аспекты желаний пациента, что аналитик не вступает в кооперацию полностью, но со всей серьезностью играет роли (как это было описано выше). Психоаналитики, имевшие смелость публично описывать свои переживания, всегда интуитивно знают, что такого рода участие не имеет ничего общего с исповедью о своей личной жизни. Совершенно неуместно говорить о личных признаниях в связи с контрпереносом. Такой подход только затруднил бы естественное понимание контрпереноса, поскольку аналитик не делает личных признаний своим коллегам, так же как мы не обсуждаем здесь вопрос о признаниях личного порядка, которые аналитик делает пациенту (о чем было сказано в разделе 3.5 первого тома). Посвящение пациента при определенных условиях в контрперенос означает тщательное описание крайне значимого процесса, который предоставляет новые терапевтические возможности и углубляет наши знания.

Возможно, наши объяснения будут способствовать ослаблению шока, вызванного той откровенностью, с которой Винникотт (Winnicott, 1949), Литтл (Little, 1951) и Сирлз (Searles, 1965) писали о своем контрпереносе.

Винникотт недвусмысленно говорит (Winnicott, 1949, p. 72):

В отдельных случаях анализа на определенных стадиях пациент настойчиво стремится вызвать ненависть аналитика, которая в тот момент нужна ему как объективная ненависть. Если пациент стремится вызвать объективную, или оправданную, ненависть, то он должен получить ее,

иначе он не сможет почувствовать, что способен добиться и объективной любви.

Обратимся теперь к двум примерам, которые показывают, что разрешение пациенту участвовать в контрпереносе может иметь благотворный эффект.

3.4.1 Эротизированный контрперенос

В конце лечения, которое продолжалось в течение нескольких лет, пациентка Роза Х удивила меня, когда прямо спросила, несколько поколебавшись, о том, как *я* реагирую на ее сексуальность. Сексуальные фантазии и переживания всегда играли в наших сеансах большую роль. Это был «перенос с первого взгляда»; длительный период анализа характеризовался сильной эротизированностью и связанными с этим запретами и антипатиями. Проявлявшиеся на поверхности разочарования, тревоги и агрессивные тенденции были так тесно переплетены с сексуальными влечениями, что часто трудно было выделить отдельные их компоненты.

С десятилетнего возраста у пациентки были периоды невротической тревоги и приступы анорексии. В детстве, а особенно в переходном и подростковом возрасте она часто чувствовала себя одинокой в своих сексуальных переживаниях и мыслях. Мое сдержанное поведение и сама аналитическая ситуация способствовали появлению чувства одиночества, особенно в том, что касалось ее отношений с отцом. Долгое время, пока она была маленькой девочкой, он был очень нежен с ней, но с началом переходного возраста отстранился и избегал отвечать на ее вопросы о смысле жизни. Такое изменение в его поведении было, с одной стороны, необъяснимым, а с другой — она связывала его со своим сексуальным развитием.

В результате перенос и реалистические аспекты аналитических отношений были особенно напряженными. Ей часто хотелось задать вопрос о моих личных реакциях и переживаниях, однако обычно она спрашивала не прямо. Как я понял потом, на более поздней стадии анализа, я бессознательно способствовал такому избеганию прямых вопросов. Именно из-за ее сильного позитивного, часто эротизированного переноса я чувствовал себя спокойно в том смысле, что пациентка соблюдала установленные рамки и границы, которые в своей основе были связаны с инцестуозным табу. В соответствии с этим мои ретроспективные интерпретации переноса были связаны с разочарованиями, которые она испытывала на эдиповой и предэдиповой стадиях, и с их появлением вновь, когда отец отстранился от пациентки, избегал всякого рода вопросов о жизни или отвечал на них нейтрально, не выражая своей личной позиции. Такое изменение в его поведении представляло невероятный контраст с тем, как он

баловал ее раньше, с близостью их отношений до начала переходного возраста. Как всякое единственное дитя, она в большой степени испытала на себе особенности и характерные черты личности родителей. Заботу и любовь отца она принимала довольно пассивно. В какой-то степени отец взял на себя материнскую роль и компенсировал травмы, связанные с многочисленными детскими болезнями. Ее мать была суеверной женщиной, страдавшей истерией тревоги, и всю жизнь зависела от своего собственного отца, что осложняло и ее брак, и заботу о дочери. Разочарования, которые Роза X испытывала от общения с матерью, усилили внутренние противоречия (и связанное с этим напряжение) между ставшей бессознательной агрессивностью и явно ощущаемым чувством вины неясного происхождения. Некоторые симптомы были типичным продолжением ее амбивалентного отношения к матери.

Из этого краткого обзора психодинамической ситуации легко можно увидеть, что если бы анализ был прерван, воображаемый разрыв и недавние разочарования могли бы создать отправную точку для ретроспективных интерпретаций переноса, и только в процессе анализа можно было уловить намек на существование особых личных вопросов. Эти вопросы, вероятно, избегались, чтобы не усложнять отношений. Иногда я видел ее быстрый и внимательный взгляд, стремившийся уловить выражение моего лица или то, как я веду себя; время от времени она намекала на это, например огорчаясь, когда у меня было серьезное выражение лица. Тогда мы ломали голову, пытаясь понять происхождение ее тревоги и чувства вины.

В какой-то момент мы заговорили о предстоящем окончании анализа. На этой стадии пациентка стала высказывать наряду с агрессивными и сексуальные мысли, большинство из которых были связаны с фантазиями (например, со сновидениями и мечтами), о которых раньше она не осмеливалась рассказывать.

Роза X критиковала мою профессиональную роль «безличного аналитического аппарата», а затем прямо спросила меня, что я делаю с тысячами ее сексуальных фантазий и намеков, то есть возбуждаюсь ли я иногда или, быть может, в моем воображении на короткое время появляются какие-то похожие вещи. Она упомянула, в частности, о сексуальных желаниях и переживаниях, которые доставляли ей удовольствие, — сцены, в которых своим эксгибиционизмом она возбуждала у мужчин агрессивное сексуальное поведение. И теперь пациентка хотела узнать, какие у меня возникали желания и фантазии и испытывал ли я те же чувства, что и другие мужчины.

До недавних пор существовал только намек на сексуальные мысли, особенно связанные со мной, и я задавал уточняющие вопросы, в конце же делал ретроспективные интерпретации пе-

реноса или интерпретации о скрытом агрессивном мимолетном содержании этих сексуальных мыслей. На завершающей фазе лечения, основываясь на своем предшествующем опыте, я пришел к выводу, что разумно и возможно, не осложняя этим положения и не смешивая профессиональную и личную роли, посвятить пациентку в контрперенос. Думаю, что разрешение пациентам узнать о контрпереносе способствует прояснению и облегчению их ситуации. Вначале я действительно отстранился, как и ее реальный отец, который занял нейтральную позицию и установил пределы там, где было возможно более близкое общение. Другими словами, возможно, из-за собственного страха перейти некую границу отец пациентки внезапно стал отстраненным, и я точно так же занял нейтральную позицию при первом же намеке на возможность сексуальных действий. В этом случае реальный опыт взаимодействия пациентки со мной в терапевтической ситуации совпал с травмирующим опытом отношений с отцом таким образом, что характер переноса для пациентки не отличался от ее реального опыта.

На основе этих соображений я дал ей следующий ответ, ставший частью длительного обсуждения. Я откровенно ответил, что ее мысли и фантазии, которые она сама считала провоцирующими и возбуждающими, не оставляли меня равнодушным и что даже, по ее собственному ощущению, я не отличался значительным образом от других мужчин. Я добавил, что, хотя определенный уровень резонанса и эмоциональных реакций необходим для того, чтобы я мог достаточно хорошо прочувствовать ее эмоциональную ситуацию, сделать вывод и сформулировать интерпретации, терапевтические цели требуют соблюдения определенной дистанции от собственных желаний и фантазий. Я получал удовольствие и удовлетворение не от того, что позволял воплощаться фантазиям в желания или действия, а от того, что использовал их для интерпретаций, которые, я надеялся, будут полезны и для нее и в конечном счете приведут к хорошим терапевтическим результатам. Так или иначе, важнее всего было подтверждение того, что ее фантазии вызывают у меня некоторые чувства и даже сексуальные мысли. Я сделал вывод о том, что мы обнаружили нечто, о чем раньше не упоминали, хотя оба ощущали это в течение длительного периода в терапии, а именно тот факт, что мы стимулировали друг друга и временами ее сексуальная привлекательность воздействовала на меня.

Этот ответ удивил и успокоил Розу X. Она сразу же сделала некоторые добавления к сновидению, о котором шла речь в начале сеанса. В этом сновидении, как и во многих других, было много сексуальных и агрессивных деталей, она встречается с мужчиной, похожим на отца, и с незнакомой женщиной, и существует опасность отравления. Ее первые ассоциации были

связаны с отравлением и со злой мачехой в «Белоснежке». Далее, после того как я позволил ей участвовать в моем контрпереносе, последовали другие ассоциации, и пациентка сделала свою собственную интерпретацию. Она сказала, что почувствовала огромное облегчение и теперь может более откровенно говорить про то сексуальное содержание, которое раньше не упоминалось, — результатом моих слов было уменьшение напряжения и усиление интерпретативной работы. Стало понятным значение сновидения как символа травмирующей ситуации, в которой она была единственным ребенком, с эротически соблазняющим, но очень сдержанным отцом и тревожной, мучимой чувством вины матерью. Пациентка была эмоционально очень зависима от матери, в детстве и подростковом возрасте часто размышляла о том, что чувствует и думает ее мать. Мать умерла от рака в то время, как в наших сеансах были достигнуты определенные успехи, приблизительно за восемнадцать месяцев до окончания лечения.

Это была первая интерпретация, которая казалась пациентке по-настоящему понятной. То, что относилось к прошлому, проявилось отнюдь не в первый раз и включало в себя аспекты ее отношений и с отцом, и с матерью. Но важнее всего было подтверждение ее конкретного понимания мыслей и чувств других людей. Это выявилось на фоне нового опыта: она узнала о существовании моего психологического Я и имеющихся у меня возможностях переработки материала. В моих словах пациентка смогла увидеть *подтверждение* ее собственной сексуальности, чувственности и физического Я. Ее предположения о том, как ее возбуждающие фантазии воздействуют на меня, потеряли всякую связь с реальностью. Мои же интерпретации о том, что в основе всего лежали человеческие ощущения, освободили ее от чувства бессилия, отторгнутости и вины. Во время следующего сеанса атмосфера заметно улучшилась. Мы смогли более открыто обсуждать травматические аффекты в переносе, и в конце концов анализ пришел к успешному завершению.

3.4.2 Агрессивный контрперенос

Вначале мы хотели бы вкратце представить специфические проблемы Линды Х, а затем описать интенсификацию отношений переноса — контрпереноса, которая произошла на сеансе, предшествовавшем длительному перерыву.

Одна из особенностей этого случая заключалась в том, что о встрече со мной договаривался врач, работавший в той фирме, где Линда Х, которой в то время было 23 года, училась на технического ассистента в фармацевтической лаборатории. Сама

она договариваться не решалась; поэтому ее обеспокоенный коллега не только договорился о встрече, но и заставил пациентку прийти ко мне.

Линда X стала придавать встрече со мной огромное значение после того, как недавно услышала мое выступление. Она была нерешительной, тревожной и депрессивной и ожидала, что я перестану заниматься с ней уже после нескольких сеансов, о чем она сказала мне сразу же, как мы поздоровались. В ее поведении и словах проявлялась тревожно-депрессивная установка, которая существовала на протяжении более десяти лет. Она была младшим ребенком в семье, где господствовала строгая сексуальная мораль, в подростковом возрасте страдала от анорексии, которую усилили обидевшие ее замечания. На нее подействовали слова врача, сказавшего, что ее опасную потерю веса нужно лечить искусственным кормлением через трубки; она быстро набрала тридцать шесть килограммов и в результате стала весить восемьдесят. В возрасте шестнадцати лет она подавляла свое непреодолимое желание есть, принимая таблетки, снижающие аппетит. Впоследствии эти таблетки она заменила психофармакологическими препаратами, зависимость от которых Линда X испытывала много лет. Она попеременно принимала различные бензодиазепиновые препараты и другие транквилизаторы, без которых испытывала парализующие ее страхи.

Чтобы избежать одиночества и преодолеть страх перед общением с людьми, Линда X находила удовлетворение своего огромного стремления к искренней привязанности в кратковременных сексуальных контактах; ее выбор партнеров был довольно произвольным и в силу этого опасным. Часто сменяющиеся отношения не приносили ей ничего, кроме сиюминутного избавления от одиночества и ощущения, что она мстит родителям за то, что они пренебрегали ею. В последние годы чувство внутренней опустошенности и отчаяния усилилось, создавая хроническую опасность суицида.

Линда X обладала хорошими способностями, и поэтому ей удалось, несмотря на тяжелую симптоматику, успешно закончить школу и найти место для дальнейшего обучения, достижения и успехи во время которого приносили ей ощущение признания и удовлетворенности.

Это краткое описание достаточно тяжелой ситуации женщины поставило ряд вопросов, касающихся оценки того, насколько широки возможности использования психоанализа. В данном случае оценка была построена на шатких основаниях хотя бы по той причине, что вначале было невозможно оценить степень привыкания и зависимости от бензодиазепинов и возникший в результате этого порочный круг. Не исключена была возмож-

ность усиления страхов пациентки даже при отсутствии абстинентных симптомов. Но несмотря на существование по меньшей мере психической зависимости от бензодиазепина и хронической тенденции к самоубийству, психоаналитик предложил попробовать начать амбулаторное лечение. Из-за длительного пребывания в стационаре пациентка прервала обучение, что привело к дополнительному стрессу, так как она реально боялась исключения и потери места на курсе. Во время стационарного лечения вряд ли было возможно восполнить потерю уверенности в себе, которая ощущалась ею из-за отсутствия признания другими ее хорошей работы. А исключить прием наркотиков и предотвратить попытки суицида трудно даже в стационаре.

Психоаналитик принял решение продолжать назначение психофармакологических препаратов. В данном случае такой подход полностью оправдал себя. Сложности, возникшие в переносе и контрпереносе, были разрешены конструктивным путем. Отталкиваясь от ситуативного ухудшения состояния пациентки, аналитик смог проникнуть в глубину ее страхов; постепенно в процессе анализа склонная к созерцательности пациентка обрела чувство безопасности.

Еще до начала лечения, в ходе многолетнего курса терапии, у пациентки возникали суицидальные кризисы, связанные с ситуациями, где она должна была терпеть обиды от родителей или друзей; обычно эти кризисы были связаны с разлукой. Аналогичным образом перерывы в лечении (связанные с отпуском) также сопровождались кризисами и вызывали необходимость принимать различные срочные меры, такие, как временное помещение пациентки в реабилитационный центр или, впоследствии, замещающие встречи с другими врачами.

Непосредственно перед относительно длительным перерывом в лечении, о котором я задолго предупредил пациентку, у нее снова возникло хроническое суицидальное состояние, ответственность за которое она косвенным образом возлагала на меня (аналитика). Ее отказ использовать оставшееся до перерыва время с максимальной пользой и согласиться на временную помощь в мое отсутствие все больше и больше увеличивал мою беспомощность. Мое бессилие сопровождалось агрессивными чувствами по отношению к ее негативистской установке. Мои попытки интерпретации, где я использовал все свои знания о нарциссической ярости (Henseler, 1981), не имели успеха. Пациентка была твердо убеждена в том, что весь мир покинул ее и ей теперь незачем жить.

На одном из последних перед перерывом сеансов она положила на стол прощальное письмо, которое я должен был прочитать. Так как после этого пациентка продолжала молчать, у

меня было много времени для размышления. Я заметил, что она одета в черное, и подумал о скорби и смерти.

А: Если бы я сейчас прочитал это письмо, то это значило бы, что я принял ваш уход. Вы ненавидите меня, потому что я уезжаю.

Меня тяготило отсутствие реакции у пациентки и ее молчание. Казалось, она не до конца понимает, насколько сильно на меня действует ее агрессивность, присутствующая в угрозах совершить самоубийство. Она и сама вряд ли осознавала то, как сильно обижает и ранит тех, кто к ней относится по-доброму. Я продумал разные возможности. Должен ли я ради ее защиты и собственного спокойствия отправить пациентку в больницу или же, учитывая рекомендации Винникотта (см. разд. 3.4), посвятить ее в свой контрперенос? Я решился на второй вариант, так как боялся, что в ином случае она может воспринять мой отказ прочитать письмо как безразличие. Кроме того, мне было важно обсудить с ней продолжение отношений после перерыва. Поэтому я дал довольно длинную интерпретацию, в которой выразил свое отношение, сказав пациентке, перед какой дилеммой я стоял и как безумно на нее злился.

А: Я действительно удручен тем, что своими угрозами вы хотите осложнить мне отъезд и обременить возвращение. Я вернусь, и наша работа продолжится. Именно поэтому я не буду читать ваше прощальное письмо.

Я хотел выразить таким образом то, что не принимаю ее самоубийство как уход. После длительного молчания я продолжил:

А: Вы возлагаете на меня ответственность за свою жизнь или смерть и требуете от меня очень многого, слишком многого, больше, чем я могу вынести. Я не разделяю ваше мнение, что свою власть вы должны таким непрямым образом выражать актом самоубийства. Вы испытываете силу своей власти надо мной.

Я заметил, что в саморазрушении присутствует сильно замаскированное удовольствие. Хотя пациентка все еще продолжала молчать, я почувствовал, что это ее очень затронуло. И поэтому напомнил, что с самого начала терапии имелась некая личная окраска, ведь она хотела попасть именно ко мне. Чтобы утешить ее, я отметил, что ее прямая конфронтация со мной через угрозу совершения самоубийства вместо объяснения своего намерения внешними обстоятельствами является признаком прогресса. Когда я говорил о прогрессе, пациентка подняла глаза и очнулась; она смотрела на меня с недоверием. Я подвел итог, сказав, в чем вижу этот прогресс.

А: Возможно, что в конце концов мы поймем, какие ваши желания и потребности содержатся в этом обвинении, и, таким

образом, вы сможете точнее узнать, что находится на другом полюсе.

П: Да, это так; то, что вы можете уехать, что вы имеете успех и люди в других местах хотят вас увидеть, меня ужасно волнует. Я даже и не надеюсь, что когда-нибудь смогу работать и быть такой же независимой, как вы. Я всегда буду только надоедать вам, и вы должны будете материально заботиться обо мне, хотя вы могли бы потратить деньги где-нибудь еще и с большим толком. Знаете, у меня в каком-то смысле такая же проблема с другом. Он только терпит меня и отвергает, когда я обращаюсь к нему за поддержкой; он хочет, чтобы я была другой, более уверенной в себе, независимой, красивой, более женственной; я ему не нравлюсь такой, какая я есть, и вы тоже не любите меня такой, какая я есть. Вы только тащите меня на себе. Мои родители хотят получить удовольствие от старости и не хотят все время волноваться из-за меня, как сказал мне как-то отец, а затем прибавил: «Твой мистер Аналитик не будет с тобой всегда возиться».

А: Да, и сейчас ваш аналитик уезжает в далекий путь, собирает свои чемоданы, так сказать [намек на ее родителей, которые собирались летом отправиться в длительное путешествие по Европе]. Ваш отец был прав: те, у кого есть деньги и уверенность в себе, собирают чемоданы; то же самое происходило между нами, потому что ведь и вы ощущали в себе такие желания. И это отличается от того, что было раньше. Помните, как-то вначале вы сказали: «Я никогда не отпущу своих родителей. Они не должны думать, что уже достаточно много сделали для меня». А сейчас вы хотите быть женщиной, получающей удовольствие от путешествий, как ваша коллега на работе, как ваш аналитик, который наслаждается путешествием, который уезжает далеко и не мучается угрызениями совести по поводу того, что делают те, кто остался здесь.

Эта интерпретация зависти, обратившейся у пациентки в саморазрушение, принесла ей облегчение, что было видно из ее реакции:

П: Да, этим летом мы сможем отдохнуть — только две недели в доме его [ее партнера] родителей, и они опять станут придираться. Если это будет как всегда, я этого не вынесу, из-за своей болезни я не могла как следует учиться, и опять я нахожусь в том же состоянии.

А: Последнее прости — это по крайней мере что-то особенное, совсем необычное, и оно выбьет хотя бы один камень из короны аналитика, да, действительно выбьет.

Признание своего желания быть и достигнуть чего-то особенного — даже ценой самодеструкции — помогло пациентке. В ее развитии действительно были серьезные нарушения, про-

изошедшие в очень раннем периоде и сломавшие многое из того, что нельзя возместить. Ее недостаточная уверенность в себе, которая в детстве сглаживалась зависимостью от родителей, с наступлением переходного возраста препятствовала получению разностороннего опыта в отношениях с другими людьми. Взамен этого ее собственный опыт изобиловал переживаниями унижения, касающимися ее тела и общения с людьми, что наносило ущерб ее чувству уверенности в себе, и только постепенно это может компенсироваться новым опытом. Теперь она смогла спросить твердым голосом:

П: Вы приехали бы на мои похороны?

А: Нет, потому что тогда наши отношения уже были бы разрушены; но я с радостью вернусь, чтобы продолжить работать с вами. То, что я вернусь с радостью, тоже в какой-то степени признак вашей силы и власти. Я знаю, сколько вам приходится прикладывать усилий, чтобы преодолеть многочисленные трудности.

Пройдя эту критическую фазу, мы смогли вместе подумать о том, какую помощь в случае необходимости она сможет получить во время моего отсутствия. В последующем ходе терапии рецидивы возникали снова и снова, но пациентка смогла вынести из ситуации, описанной здесь, опыт того, как мы прошли и пережили ее конфликты. За четыре года, прошедших с момента окончания терапии, пациентка сумела стабилизировать отношения с партнером, а в дальнейшем и улучшить свою профессиональную квалификацию.

3.5 Ирония

Насколько приятно бывает врачам, когда всему покорные, склонные к мазохизму или депрессии пациенты приобретают естественную уверенность в себе и способность критиковать, — настолько же и трудно для нас бывает переносить чрезмерное разочарование, которое сопровождает внезапный переход от покорности к бунту, желаемому и ожидаемому. Обладая аналитическими знаниями, можно контролировать некоторые из эмоциональных нагрузок. Другого рода защитой может служить ирония (Stein, 1985).

Говорят, что Конрад Лоренц сказал однажды об особо любимых им объектах этнологических исследований: «Но ведь гуси — это всего лишь люди». С нашей точки зрения, недостаточно сослаться на тот факт, что психоаналитики — это тоже всего лишь люди и что в человеческой природе заложено свойство реагировать на нападение бегством, замиранием или контратакой. Психоаналитические знания могут отфильтровывать и ос-

лаблять эти и подобные им спонтанные реакции. И хотя аналитик не защищен полностью от критики пациента, он не должен слишком реагировать на нее, теряя способность так или иначе обеспечить лечение или отвечая пациенту тем же. В последнем случае восстановить продуктивную форму кооперации очень трудно или даже невозможно. Нам представляется, что фраза: «Да, реагировать, но не настолько сильно, чтобы контрперенос нельзя было использовать для интерпретаций», — выражает хорошее решение одной из фундаментальных проблем психоаналитической техники терапии.

Часто негативный контрперенос выражается косвенным образом. Как раз подобное произошло в случае лечения Артура Y, который мы сейчас опишем, приведя обобщенный протокол анализа.

Один сеанс был полной неудачей, в частности из-за того, что мои интерпретации оказались скучными. Кроме всего прочего, я старался помочь пациенту понять высказывание, сделанное им самим задолго до этого, так как он уже неоднократно спрашивал о перспективах улучшения своего состояния или полного излечения. Мы часто обсуждали этот вопрос на всевозможных уровнях.

Особо сложная ситуация возникает, когда желаемый критицизм у пациента смешивается с деструктивным сомнением, которое он свободно не выражает. На одном из предыдущих полных драматизма сеансов Артур Y позволил, при моей поддержке, своим фантазиям развиться свободно и признался, что не поверит мне, пока я не назову имена пациентов, которые успешно вылечились, что я сделать отказался из соображений врачебной предосторожности. Ситуация, таким образом, сложилась безвыходная.

Выраженная амбивалентность пациента вместе с сопутствующими ей процессами расщепления возбудили в нем желание сделать меня банкротом — наперекор злому року, который почти настиг его самого. С другой стороны, он очень надеялся и ожидал, что я смогу противостоять его деструктивности и не потеряю веры в него, в себя, в психоанализ. Хотя я отдавал себе отчет в том, что ирония имеет неблагоприятный эффект, под влиянием минуты я сделал ироническую интерпретацию, которую пациент потом, естественно, совершенно забыл. А месяц спустя вынудил меня давать скучные объяснения происшедшего ранее. Я сказал тогда пациенту, удовлетворяя его въедливое любопытство по поводу моих успехов, что мой самый длительный случай терапии продолжался сто тысяч часов и оказался безуспешным. Понятно, что эта интерпретация встревожила его так сильно, что он полностью вытеснил ее.

Мои последующие замечания ни к чему в дальнейшем не привели. Пациент оставался в замешательстве. Мне не удалось привести его к осознанию своего агрессивного всемогущества, которое предполагалось в моей интерпретации. Возможно, это было связано с тем, что пациент сразу же мобилизовал силы обороны. Мой неуспех закрепил бы и его всемогущество, и его безнадежность. Он не хотел разрушать меня настолько, чтобы я перестал быть объектом-субъектом, способным обеспечить помощь. Следует отметить, что пациенту все еще было трудно приблизиться к этой проблеме, хотя как раз за несколько дней до того он фантазировал о том, как бы он публично наказал меня и, совершив самоубийство, выставил бы меня в качестве плохого специалиста, растяпы, «сапожника». Он сказал, что сохранил все счета, чтобы возложить на меня ответственность за его самоубийство. Кроме того, у него была фантазия о том, что, когда страховая компания откажется от дальнейшей оплаты лечения, я должен буду предоставить ему еще триста часов бесплатно и что только потом он будет решать — заплатить ли мне, и если да, то сколько. Интерпретация усилила эту фантазию до такой степени, что ко всему прочему он потребовал возместить заплаченные им ранее деньги, жалуясь на то, что я скверно работал. Втайне он уже представлял себе долгое судебное разбирательство.

Этот сеанс закончился воспоминанием пациента о том, что такие же чувства он испытывал на уроках математики. Учитель стоял перед классом и писал на доске умные формулы, а он ничего не понимал. Пациент добавил, что все сказанное мною сегодня показалось ему чепухой. Встревоженный своим критицизмом, он заговорил о том, чтó в его силах сделать и что может произойти в течение дня. Смысл интерпретации был следующий: многое зависело от того, сразу ли он наказал себя за свое утверждение или ему удалось отстоять себя перед учителем, не дав слову «чепуха» разрушить их отношения и не позволив разрушиться всему оттого, что он оказал некое сопротивление.

Я не был удовлетворен этим сеансом и чувствовал себя не в ладу с самим собой и с пациентом. Я был раздражен тем, что позволил загнать себя в угол, и длинная интерпретация также послужила своего рода компенсацией за спровоцированную агрессивность. Я отметил, что, сделав довольно резкое замечание в ответ на надоедливые вопросы пациента, почувствовал облегчение. Это подтверждалось и тем, что после сеанса я подумал о том, что пора бы найти способ прекратить выписывать ему успокоительное. Тот факт, что перед летним перерывом я не дал ему рецепта, имел нежелательные последствия. Он тут же воспринял это как недоверие, а затем попытался наказать себя за это чувство тем, что ничего не принимал, несмотря на постепен-

ное ухудшение состояния, — это было связано с его вытесненной злостью на меня. Тем временем пациент нашел врача, который на консультации по поводу чего-то другого мимоходом выписал ему рецепт на пятьдесят таблеток успокоительного. У пациента еще оставалась большая часть этих таблеток, но мы приближались к очередному перерыву, и он уже заявил мне, что хочет провести эти две недели не в таком тревожном состоянии, как прошлый летний отпуск, поэтому я ожидал перед перерывом еще одного конфликта. Таким образом, после этого приема я находился в состоянии негативного контрпереноса.

Следующий сеанс был менее напряженным и более продуктивным. Добро и зло отделились друг от друга — я олицетворял зло, а врач, который выписал ему лекарство и которого пациент сам называл «темной личностью», воплощал сладкую безмятежность. Артур Y живо описал, с какой легкостью тот врач согласился выписать ему рецепт, дав ему чувство независимости.

Для Артура Y рецепт на успокоительное ассоциировался с грехопадением человека и удовольствием от съеденного запретного плода. Давая ему рецепт вместе со строгим предупреждением, я испортил ему это удовольствие, мой угрожающий жест испугал его. Артур Y сказал, что рецепт с этим моим жестом создал ему еще больше проблем, чем их снял рецепт сам по себе. И Артур Y стал фантазировать, представив себе на моем месте другого врача и как он приходит к этому врачу и тот выписывает ему лекарство и успокаивает: «Возвращайтесь через четыре месяца, все пройдет, и тогда мы сможем отменить лекарство». В этой фантазии он стремился найти врача, который взял бы на себя всю ответственность и убедил бы его, что все будет в порядке. Хотя некоторое время назад в ответ на неоправданное обвинение я уже говорил пациенту, что, давая ему рецепт, я частично беру на себя ответственность за него. И вот теперь еще раз стало ясно, что частичной ответственности недостаточно. Он надеялся на полную ответственность и на убедительные данные о том, чтó будет достигнуто и к какому сроку. А я, наоборот, оставил вопрос о необходимости принимать успокоительное на его усмотрение так, чтобы ответственность за дозировку и возможную зависимость от препарата возлагалась на него.

Теперь в игру вступила другая сторона. Выдвигая эти обвинения, он ожидал, что я прекращу терапию и выгоню его вон. Он сравнил меня со своими предыдущими терапевтами, в особенности с д-ром X, который холодно реагировал на просьбы выписать рецепт или помочь как-нибудь еще, не в психоаналитической форме. Я же повел себя на удивление благородно, выписал ему рецепт, а он проявляет такую неблагодарность, несмотря на то что я далеко вышел за пределы того, что он ког-

да-либо переживал в отношениях с терапевтами. Неблагодарность, которую он чувствовал и последствий которой боялся, еще усилилась, когда он рассказал о великодушном враче, который сразу дал ему рецепт на полсотни таблеток успокоительного. Этот врач только засмеялся, когда пациент спросил его, есть ли опасность возникновения зависимости от препарата.

Рассказав это, пациент задумался об остатке дня и снова вернулся к тому, что он еще может сделать и не оттого ли он чувствует себя лучше, что все это мне рассказал. Я обратил его внимание на то, что его состояние, возможно, зависит от того, наказывает ли он сам себя или нет. Пациент снова занялся вопросом о том, что в его силах сделать, чтобы обратить себе на пользу то новое понимание, которое получил.

Работа с интерпретациями принесла такое облегчение, что рецидива не было и Артур Y вряд ли вообще принимал прописанное лекарство.

3.6 Нарциссическое отражение и Я-объект

В мифе о Нарциссе содержится нечто большее, чем зеркальная гладь озера, в которой юноша, теряя голову от обворожительной красоты, обнаруживает второе Я. В наше время зеркала встречаются на каждом шагу, так что мы всегда можем убедиться в собственном существовании; и в фотоаппаратах есть затвор замедленного действия, позволяющий нам самим себя фотографировать и сравнивать свои реальные Я с идеальными, то есть с различными телесными образами. Реберг (Rehberg, 1985) вслед за Макдугаллом (McDougall, 1978) показал, что образ человека в зеркале способствует формированию его восприятия собственного тела.

После нижеописанного случая мы сделаем некоторые комментарии к метафоре зеркала. В случае с нашим пациентом аналитик был близко знаком с теорией Кохута, но не следовал ее рекомендациям относительно терапевтической техники. Причины этого мы обсуждали в первом томе. Следует, безусловно, подчеркнуть важность Я-переживания и пожизненной зависимости человека от принятия его значимыми другими, даже если мы и не помещаем их в рамки кохутовских Я-объектов. Мы рады предложить читателям в конце этого сообщения подробный комментарий с точки зрения Я-психологии.

Артур Y предпринял необычный шаг для обретения уверенности в своем телесном образе, а именно — стал рассматривать самого себя. Это действие и его фантазии вызвали у аналитика множество разнообразных реакций контрпереноса. Один из вопросов, затронутых пациентом, косвенно выявил его неуве-

ренность, и это позволило аналитику уловить терапевтически продуктивный момент.

Артур Y наконец решился довести до конца план, над которым размышлял уже долгое время. Он боролся сам с собой по поводу того, говорить ли об этом здесь, при включенном магнитофоне. Он сказал, что в конце концов сделал то, что уже давно хотел, а именно — сфотографировал собственные гениталии с помощью фотоаппарата, который хранил специально для этой цели. Один из снимков получился очень хорошо, и когда он позднее повторял свой замысел, ни одна из последующих фотографий не получалась лучше.

Меня удивила и порадовала решимость, с которой Артур Y в конечном счете осуществил давно задуманный план, не остановившись ни передо мной, ни перед магнитофоном. В самом начале сеанса пациент дал довольно хладнокровный отчет, оставивший все вопросы открытыми. Пациент не рассказал, ни чем была особенно хороша та, удачная фотография, ни чего он ожидал, фотографируя себя в обнаженном виде. Я молчал, никак не реагируя на его слова, так как чувствовал, что не должен ничем нарушать его нарциссического удовольствия, хотя у меня было сильное желание понять, что означает для него эта объективизация. Я подозревал, что он сфотографировал свой пенис во время мастурбации в состоянии эрекции, но подавил свое любопытство. Я размышлял о том, что есть разница между тем, смотрите ли вы на самого себя и при этом всегда не полностью видите свои гениталии, и тем, как вы видите гениталии другого человека с разных позиций. Я подумал, что при таком сравнении, которое представляется очень важным особенно в переходном возрасте и для человека с недостатком уверенности в себе, результат играет, должно быть, существенную роль.

Мои фантазии привели меня к собственным сравнениям и в конечном счете закончились мыслями о том, что женские гениталии скрыты и их местоположение не дает женщинам возможности рассматривать их без зеркала. В конце концов мне пришла в голову мысль о теории *офанизиса* Джонса (Jones, 1927), всегда меня привлекавшей, и в частности об *исчезновении* как факторе, вызывающем первичную (базовую) тревогу.

Меня не удивило, что Артур Y, как он позже признался, страдал после того, как сделал фотографии, от серьезного ухудшения состояния. Это ухудшение определенно можно было отследить до его самонаказания за фотографирование в обнаженном виде, а также до появления у него чувства, что он расточителен и разрушает семью, поскольку сходил с заказчиком в дорогой ресторан и заплатил за ужин сумму, на мой взгляд, до-

вольно незначительную. Артур Y почти отчаянно искал дополнительных оснований для мучений и самоунижения. Таким образом, мне было достаточно лишь однажды употребить на сеансе слово «самонаказание», чтобы усилить в нем эти тенденции. Он критиковал себя также за то, что с удовольствием смотрел на молодую, привлекательно одетую девушку. Это произошло после того, как он сделал снимки в обнаженном виде. Поэтому я связал оба факта разглядывания между собой, отметив и удовольствие, и самонаказание, присутствующие и в первом и во втором случае и объединяющие их. Я сказал, что наиболее сильно это выражено в его страхе, что он в конце концов может оказаться в полной изоляции и что его симптомы могут оказаться настолько мучительными, что он будет не в силах произнести ни слова. Пациенту было ясно, что за свои удовольствия он должен дорого платить.

Пациент опять, и в довольно грубых выражениях, потребовал, чтобы я помог ему перевести обретенное им понимание во внешние действия — чтó может он сделать, чтобы вести себя по-другому вовне, в реальной жизни? Я объяснил ему, почему не даю никаких указаний относительного того, как себя вести, и он неохотно согласился с моими объяснениями. Он добавил, что действительно понимает, почему я отказался ему ответить. Пациент явно ждал от меня каких-либо запретов.

На следующем сеансе моя догадка о фотографиях в обнаженном виде подтвердилась. После последнего сеанса пациент продолжал рассматривать себя и сфотографировал свой пенис в состоянии эрекции. Во время последовавшей за этим мастурбации он еще раз и с тревогой наблюдал выделение секреции из уретры перед эякуляцией. Он не понимал, что это был секрет предстательной железы. Он хотел спросить у специалиста, имеют ли основание его длительные страхи, что в этой капле жидкости содержится сперма и поэтому его жена может таким путем забеременеть. Сначала я сообщил ему информацию, которую он хотел получить, и, отвечая на его вопрос, сказал, что это относится к области дерматологии и, в частности, к специальной андрологии. В этот момент я знал, что он попросит меня порекомендовать ему компетентного специалиста, и поэтому у меня было немного времени, чтобы обдумать свою реакцию.

По собственному жизненному опыту пациент уже знал, что врачи почти никогда ничего не утверждают на сто процентов в таких сложных вопросах. После того как он вспомнил об этом и посмеялся над своей идеей достичь — в навязчиво-невротической форме — абсолютной точности, вплоть до последнего знака после запятой, я решил сам себе ответить на его вопрос: «Я не верю, что андролог скажет вам что-то отличное от того, что

говорю я. В высшей степени мало вероятно, чтобы в секреции содержалась сперма и чтобы таким путем могло произойти зачатие».

Теперь мы говорили о его опасениях по поводу того, что он ненормален, или о его страхе заразиться венерической болезнью. Его успокоила информация о том, что у всех мужчин перед эякуляцией выделяется секрет предстательной железы. Это была сложная ситуация: отвечая пациенту, что и у меня происходит эта секреция, я не был уверен, что не нарушаю аналитической нейтральности.

Вопрос Артура Y не вызвал лично у меня раздражения, но удивил отсутствием логики, что я и отметил. Поскольку я тоже принадлежал к категории мужчин, у меня тоже была секреция предстательной железы. Впоследствии я придал огромное значение тому удовлетворению, которое мы оба после этого почувствовали. Если бы Артур Y не испытывал бессознательных сомнений по поводу своей (и моей) половой роли, то он был бы логичен и ему либо не пришел бы в голову этот вопрос, либо он бы сразу его отбросил. Недостаток уверенности в себе всегда сопровождается неуверенностью в отношении других. Тревога пациента по поводу его собственных физиологических продуктов была связана со многими пугающими его вопросами, которые он не осмеливался задавать в детстве.

Что произошло на уровне бессознательного? Возникло общее качество. С точки зрения философии Гадамера (Gadamer, 1965), любое успешное обсуждение предполагает изменение, ведущее к созданию чего-то общего и не оставляющее никого таким, каким он был раньше. В психоаналитическом диалоге одним из факторов, ведущих к изменению, является открытие общих для аналитика и пациента жизненно важных моментов. Логично предположить, что Артур Y ощутил себя мужчиной, когда представлял себе биологические процессы, происходящие во время эякуляции, и это увеличило его уверенность в себе. Секреция предстательной железы из тревожного знака превратилась в общий знаменатель для мужчин, связанный с удовольствием. Теперь пациент обрел достаточную уверенность, чтобы говорить о других бессознательных причинах своих страхов и сомнений.

Терапевтически решающим является то, что в такой момент обе стороны чувствуют *сходство* человеческой природы. Это сходство «заключается в существовании элементарных по своей природе инстинктивных импульсов, которые одинаковы у всех людей и направлены на *удовлетворение* определенных примитивных "*потребностей*"» (Freud, 1915b, р. 281; курсив наш). Конечно, удовольствия, связанные с половой функцией (кото-

рым Бюлер придавал огромную важность как функциональным удовольствиям), индивидуально переживаются таким образом, что наряду с общими чертами одновременно обнаруживаются и различия. По этой причине и в анализе, и вне его существует вопрос о том, возможно ли вообще взаимопонимание между полами, если их опыт имеет различную физиологическую основу. В книге Оруэлла «Скотский уголок» сравнения проводятся таким образом, что начинаются с равенства и заканчиваются унизительными контрастами: «Все люди равны, но некоторые равнее».

Возвращаясь к терапевтическому обсуждению половой функции, которое затрагивает многие уровни переноса и контрпереноса, нельзя недооценивать того факта, что половое просвещение дает знание в личностной форме. В этом и заключается смысл диалога, который привел к уменьшению тревоги и возрастанию уверенности в себе. Обладая такой защитой, пациент смог расширить пределы своего приносящего удовольствие любопытства и исследовать новые объекты.

Какое влияние на нейтральность аналитика оказало обнаружение общих биологических свойств? В ответе аналитика не содержалось ничего личного; он оставался, так сказать, просто одним из членов анонимной группы с такими же биологическими функциями. Таким образом, было совершенно очевидно, что пациент должен найти у него что-то общее с собой как с представителем того же пола, чтобы стать способным получать в жизни удовольствия, блокированные тревогой.

Это и лежало в основе его желания рассматривать свои гениталии на фотографиях. Он приблизился к пониманию бессознательных причин своих страхов по поводу секреции. Теперь стало ясно, что вся его продукция имеет бессознательный анальный компонент. Для того чтобы предохранить жену от грязи, он часто по вечерам начинал ссору с ней с целью избежать полового контакта; в ходе ссоры он нередко отвергал жену и очень сильно задевал ее чувства. С удивлением он вспомнил сон, который раньше казался ему странным и значение которого стало внезапно ясным. Он смотрит на огромную систему сточных вод в той местности, где наслаждался отпуском и где чувствовал себя очень счастливым. В связи с разглядыванием себя и с тревогой по поводу грязи с глаз его упала пелена, и он понял, что искал здесь нечто для себя притягательное, но этот поиск казался чем-то дурным и чуждым из-за страха наказания. Ассоциации привели его к открытию важных предпосылок этих страхов.

3.6.1 Образ зеркала и Я-объект

Образ зеркала зачаровывает наше воображение и вызывает самые разные ассоциации вплоть до магии и мысли о двойнике (Rank, 1914; Roheim, 1971; Freud, 1919h).

Существует два рода ответов на вопрос о природе и происхождении образа зеркала в мифе о Нарциссе, который затронул Пфандл (Pfandl, 1935, pp. 279—310) в ранней, почти забытой, психоаналитической интерпретации. В одной группе ответов человеческая сущность и природа объектных отношений понимается как нарциссическая. На другую точку зрения оказала влияние та идея, что диалог с другим в зеркале представляет собой нечто большее, чем просто продолжение сравнения с самим собой. Обе психоаналитические традиции в понимании природы нарциссизма восходят к Фрейду, который, без сомнения, отдавал предпочтение теории о происхождении нарциссизма от первичного нарциссизма. Двумя важными представителями первого рода объяснений, несмотря на их расхождения в деталях, являются Кохут и Лакан. Лакан включен в эту группу ввиду того, что в своей первоначальной антропологической концепции образа зеркала выделял первичный нарциссизм; для него первичный нарциссизм — это термин, которым «доктрина определяет либидозный катексис, подходящий к данному моменту» (Lacan, 1975, p. 68).

Хотя Кохут после 1976 года отказался от теории влечений и нарциссизма, все его описания Я-объектов построены в соответствии с паттерном первичного нарциссизма, который оказывает влияние на эти описания. С нашей точки зрения, Кохут (Kohut, 1959) слишком мало обращал внимания на то, в какой степени эмпатически-интроспективный метод продиктован теорией. В своих попытках сделать эмпатию независимым когнитивным инструментом, он не делал различия между *генезисом* гипотез и их *валидизацией*. Я-объекты Кохута построены в полном соответствии с теорией либидо, от которой он якобы отказался. В отличие от этого аналитиков, которые, подобно Эриксону, ориентируются на социальную психологию, можно охарактеризовать прекрасной строчкой Кули: «Каждый является зеркалом для другого и отражает его, когда тот проходит мимо». Общаясь со своим полуторагодовалым внуком, Фрейд обнаружил диалогическую природу до вербального образа зеркала:

> Однажды мать ребенка ушла на несколько часов, и когда она вернулась, ребенок встретил ее словами: «Малыш, о-о-о-о-о!», в первый момент непонятными. Так или иначе, скоро выяснилось, что во время долгого одиночества ребенок нашел способ, с помощью которого он мог *сам* исчезать. Он увидел свое отражение в зеркале, которое не совсем доходило до пола, и, ложась на пол, мог заставить свое отражение «уйти» (Freud, 1920g, p. 15).

Открытие отражения в зеркале в данном случае произошло через подражание моторным действиям другого (матери). Взаимодействие было продолжено через идентификацию; таким образом, отсутствующий человек продолжает существовать в воображении другого. В то же время это было актом открытия Я, по крайней мере в смысле восприятия себя движущимся объектом. С тех пор было опубликовано огромное число наблюдений за реакциями на отражение в зеркале, которые углубили наше понимание того, как развивается самовосприятие и самосознание. Амстердам и Левитт (Amsterdam, Levitt, 1980) сообщили о результатах очень информативных экспериментальных исследований; в своих интерпретациях они принимают во внимание феноменологические исследования значения прямохождения и стыда Мерло-Понти (Merleau-Ponty, 1965) и Штрауса (Straus, 1952). Вполне реально ожидать, что результаты этих и других исследований в значительной степени повлияют на терапевтическое понимание нарушений самооценки, подобных тем, что метафорически описаны выше.

Фазу зеркала (отражения) нужно понимать, по Лакану, как фазу в развитии индивида в интервале между шестью и восемнадцатью месяцами. Хотя ребенок еще находится в состоянии беспомощности и моторной некоординированности, в воображаемом плане он предвосхищает возможность постигнуть собственное телесное единство и владеть им. Это воображаемое объединение происходит посредством идентификации с двойником, в виде целостного *гештальта* (Laplanche, Pontalis, 1973, pp. 250—251). Лакан ссылается на этот момент торжественного присвоения образа как на типичную ситуацию, отображающую символическую матрицу, в которой выражена первичная форма Эго. «Чтобы поместить эту форму в хорошо известные концептуальные рамки, ее можно охарактеризовать как alter ego» (Lacan, 1975, p. 64). Но переживанию предвосхищаемого единства угрожает длительное вторжение фантазий о телесной раздробленности. С этой точки зрения Лакан говорит о фазе зеркала как о драме бесконечного повторения навязчивости (Lacan, 1975, p. 67).

В силу того, что для Лакана особенно важна ориентация на известное, а его собственные тексты очень трудны для понимания, мы снова цитируем Лапланша и Понталиса (Laplanche, Pontalis, 1973, pp. 251—252), которые учитывают также и клинический аспект. Они сравнивают концепцию фазы зеркала Лакана

с точкой зрения самого Фрейда на переход от аутоэротизма — предшествующего формированию Эго — к чистому нарциссизму: то, что Лакан называет фантазией «тела-по-кусочкам», соответствует, таким образом, предыдущей стадии, а стадия зеркала соответствует появлению первичного нарциссизма. Но тем не менее существует одно важное различие: Лакан

рассматривает фазу зеркала как ретроактивно ответственную за появление фантазии «тела-по-кусочкам». Этот тип диалектических отношений можно наблюдать в ходе психоаналитического лечения, где страх перед фрагментацией появляется временами как следствие потери нарциссической идентификации, и наоборот.

Кохут проследил перенос зеркального отражения до потребностей, направленных на Я-объекты (см. т. 1, разд. 2.5 и 9.3). Я-объекты — это объекты, которые мы воспринимаем как часть самих себя. Существует два типа Я-объектов: те, которые реагируют на врожденные ощущения ребенком одушевленности, размера и завершенности и подтверждают их, и те, к которым ребенок может стремиться и с воображаемым спокойствием, непогрешимостью и всемогуществом которых может сливаться. Первый тип объектов характеризуется как зеркальный Я-объект, а второй — как идеализированное родительское имаго. Недостаточное взаимодействие между ребенком и его Я-объектами ведет к формированию искаженного Я. Приступая к психоаналитическому лечению, пациент, чье Я было повреждено, вновь активизирует потребности, оставшиеся неудовлетворенными из-за недостаточного взаимодействия между формирующимся Я и Я-объектами в более раннем периоде жизни, и тогда развивается Я-объектный перенос.

В отношении терапевтической техники существенно, чтобы Я-объекты и соответствующий перенос выполняли функцию подтверждения, поддержки. Признание и принятие другим человеком является общим знаменателем, объединяющим разные психоаналитические школы, независимо от их вторичных различий. В теориях объектных отношений, за исключением кляйнианской школы, приводятся веские основания для того, чтобы отделить терапевтические факторы принятия и одобрения от их связей с инстинктивным удовлетворением или с простым внушением. Такие поправки углубили наше понимание того, что пациент хочет от аналитика, и дали возможность по-новому взглянуть на развитие регрессивной зависимости. Если аналитик рассматривает взаимодействие с точки зрения разрядки и удовлетворения инстинктов, то он будет настаивать на фрустрации или идти на полудобровольные уступки, которые могут быть нежелательными по принципиальным, этическим или техническим причинам. Если же, наоборот, зависимость рассматривать как феномен человеческого взаимодействия, не связанного тесно с эдиповым и доэдиповым удовлетворением, то становится возможным дать пациенту истинное принятие, которое не ведет к дилемме между удовлетворением и фрустрацией. Поэтому, как считает Винникотт, если аналитик неспособен дать пациенту адекватную поддержку и принятие и свои интерпретации в первую очередь направляет на бессознательные сексуальные жела-

ния, то пациент начинает использовать аналитика как эрзац подтверждения и принятия. Тогда может возникнуть порочный круг: сексуализированные желания переноса возрастают, так как аналитик не может дать пациенту свою личную поддержку, которая усилила бы уверенность пациента в себе. Хотя интерпретация Кохутом стремления получить подтверждающее отражение удовлетворяет правилу отстраненности, она (интерпретация) остается все же в нарциссическом кругу — даже если она выходит из круга к Я-объекту — и не дает настоящего подтверждения, которое действительно необходимо в определенных случаях.

Согласно наблюдениям Винникотта, материнское лицо *не* служит зеркалом. Эмоциональное состояние ребенка бессознательно передается матери, на что она независимо реагирует. Винникотт описывает происходящий процесс на языке психологии объектных отношений: мать отражает не так, как зеркало, потому что она является человеком, то есть *субъектом*, а не неодушевленным объектом. В конце концов Лёвальд приписал метафоре зеркала функцию обращения к будущему. Он наделил его измерением будущего, подчеркивая, что аналитик отражает то, что пациент *хочет найти*, как бессознательный образ самого себя. Этот поиск привязывается к стилю диалога, который обязательно требует от аналитика сдержанности, предохраняющей пациента от перегрузки чуждыми образами. Другое позитивное значение «отражающего аналитика» заключается в том, что аналитик способствует получению пациентом представления о себе максимально безболезненным образом. Пациенту необходимо обеспечить идеальное, то есть неограниченное, пространство для игры со своими мыслями таким образом, чтобы его самопризнание не ограничивалось извне. Мы согласны с Хабермасом (Habermas, 1981) в том, что этот процесс можно, безусловно, понимать как результат рассматривания себя, в котором одна часть личности, как объект, сталкивается с другой, с наблюдателем. И наоборот, самопризнание должно быть понято как процесс коммуникации, дающий пациенту возможность открыть свое в другом Эго, в других индивидах, в alter ego, или, в аналитических терминах, вновь найти бессознательные компоненты Я или даже воссоздать их. С нашей точки зрения, признание значимым другим — в лице аналитика — является основополагающим (см. разд. 9.4.3).

Теперь мы можем рассмотреть контрперенос с точки зрения теории Я-объектов, которую будет проще понять, обратившись к описанию этой теории Вольфом (Wolf, 1983). Он рассматривает Я-объекты как функции, которыми развивающееся Я (растущий ребенок) наделяет объекты. От матери или от тех, кто выполняет ее роль, ребенок особенно сильно стремится полу-

чить принятие, которое, по прекрасному выражению Кохута, видно по блеску в глазах матери. Я-объекты символизируют функции, которые должны выполнять значимые другие с самого начала и в течение всей своей жизни, чтобы развивать и поддерживать нарциссическое равновесие, которое Кохут отличает от гомеостатического равновесия. Мы намеренно обращаемся к концепции Мида о значимых других, чтобы указать, что наше понимание Я-объектов находится на уровне общей социальной психологии.

Выражение «Я-объект» — неудачный неологизм, вмещающий фрагментарную теорию личностных отношений. Развитие идентичности в широком смысле сопровождается интеграцией многочисленных социальных ролей. Самооценка в большой степени зависит в числе прочего от того, получал ли ребенок принятие в процессе формирования Эго (White, 1963). Кохут справедливо подчеркивает важность такого принятия и тем самым лишает нарциссизм первостепенного значения. С другой стороны, многочисленные психосоциальные процессы, происходящие в ходе формирования Я, сведены до метафоры зеркального отражения, что не вмещает адекватным образом всего многообразия других значимых факторов в развитии человека. Поэтому логично, что Кёлер (Köhler, 1982) при описании различных типов Я-объектного контрпереноса отталкивается от интерсубъективности и взаимозависимости, подтвержденных во многих подробных исследованиях отношений мать — дитя, проведенных за последнее десятилетие (Stern, 1985). Говоря о разных типах контрпереноса, Кёлер следует описанию Я-объектных переносов Кохутом. В основу этой типологии положены бессознательные ожидания аналитика в отношении пациента, которые рассматриваются с точки зрения теории Кохута. Кажется логичным, что акцентирование Кохутом эмпатии приводит его к наделению контрпереноса реципрокной или комплементарной функцией (Wolf, 1983; Köhler, 1985).

Терапевтическую функцию, которую аналитик выполнял на приводимом сеансе, можно описать с помощью разных терминов. Хотя аналитик не видел и не любовался фотографией, пациент получил от его непрямого участия принятие, которое позволило ему справиться с более глубинными страхами и почувствовать себя увереннее.

3.6.2 Взгляд с точки зрения Я-психологии

Нам представляется весьма полезным определить, что мы можем извлечь из этого текста и что в нем отсутствует, если применить критерии Я-психологии. Понимание описанного отрывка из хода анализа и соответствующего выбора технических

приемов будет разным в зависимости от того, что рассматривать в качестве первичных мотивов — влечения или переживания Я. Можно дать лишь приблизительную оценку, имея информацию только о двух приведенных выше сеансах, то есть о кратком этапе длительного процесса, и недостаточно изучив историю жизни пациента. Кроме того, в каждой паре аналитик — пациент существуют свои собственные структура и динамика, определяемые особенностями их личностей. Поэтому при сравнении с приемами, используемыми в других случаях, мы не можем получить решающего доказательства в ту или другую пользу. Единственная цель, которую имеет данный раздел, — показать, какие делаются акценты в зависимости от теоретической позиции.

Если в качестве первичной мотивации рассматриваются переживания Я, то тогда встает вопрос, не указывает ли тот факт, что пациент фотографировал свои гениталии, на то, что он получал от ранних объектов и Я-объектов недостаточно активное и позитивное отражение. Хотя фотография может в определенной степени ответить на вопрос: «Как я выгляжу?», важно то, что этот вопрос был вообще поднят и поставлен перед объективом.

Ничего не было сказано о том, почему пациент стал фотографировать свои гениталии именно в то время, и мы можем только строить предположения, которые, в свою очередь, зависят от конкретных теорий. Возможно, это акт извращения (перверзии) — удовольствие от удовлетворения вуайеристских и эксгибиционистских импульсов, — связанного с угрожающим распадом Я. Однако хорошие отношения в переносе — контрпереносе (возможность пациента рассказать об этом событии, удивление и приятная реакция аналитика) так или иначе свидетельствуют против этого; таким образом, представляется вероятным, что пациент стремится обрести уверенность в себе, принимая во внимание свое недостаточное чувство защищенности, особенно в отношении гениталий.

Примечательным в описании этого сеанса является то, что пациент «должен был сам себя заставить» сказать, что он осознал давно существующее желание, а именно сфотографировать свой пенис, не требуя при этом выключить магнитофон. Он явно должен был подталкивать себя. В определенном смысле на этом сеансе он перешагнул границы самого себя и сделал себя объектом восприятия. Поэтому неудивительно, что его отчет был «относительно» объективным.

Это вызвало у аналитика много разных чувств и ассоциаций, он был удивлен и обрадован решительностью, с которой пациент заставил себя сделать этот шаг. Мы задаем вопрос: почему? Из-за того, что пациент осмелился сделать шаг вперед, быть ак-

тивным, «быть фаллическим»? Возможно, это явилось результатом особого рода контрпереноса, а именно отражающего контрпереноса, который мы будем обсуждать позже. Более того, у аналитика возникло любопытство, ему захотелось узнать больше. Значит, он идентифицировался с пациентом. Он представил себе, что есть разница в том, смотрит ли мужчина сверху на свой пенис или сравнивает его с пенисами других мужчин, и при этом подумал, что такие сравнения «играют огромную роль, особенно для подростков и для мужчин с недостаточной уверенностью в себе».

У аналитика стали появляться другие чувства и ассоциации. Он уже думал не о мужских гениталиях, а о женских, то есть он сравнивал два пола. А затем ассоциации очень быстро привели его к теории Джонса (Jones, 1928) об афанизисе и к мысли о кастрационном страхе. Таким образом, аналитик поместил событие в рамки теории. Может быть, он защищал себя? Более того, в этой эмоционально чрезвычайно насыщенной ситуации (пациент говорил о перверзном действии!) он использовал нейтральное выражение пациента, а именно «снимок обнаженного тела». Он сохранил нейтральность, хотя и старался понять, что означает для пациента эта объективизация.

Однако объективизация является как раз тем фактором, который с точки зрения теории о Я-переживании и его нарушениях должен рассматриваться как собственно патологический. Патологическим является то, что пациент стремится найти отражение с помощью объективных методов, о чем трезво говорит на сеансе, записанном на магнитофон. С точки зрения Я-психологии вначале, вероятно, имеет смысл рассмотреть аспект переноса: что означает для пациента рассказать об этой сложной для него ситуации? Можно было бы отметить трезвую форму рассказа пациента и его защитную позицию по отношению к испытываемым чувствам и к усилию, которое потребовалось совершить пациенту, чтобы рассказать о сделанной им необычной вещи. Именно *здесь* желание пациента получить отражение лежит на поверхности: как отреагирует аналитик на те ужасные вещи, которые он рассказал? Может быть, пациент обратился к техническим средствам (фотографированию), чтобы получить представление о себе, потому что он боялся нежелательной реакции объекта и поэтому с большим напряжением ждал реакции аналитика? Аналитик же, как указывает откровенное сообщение об ассоциациях контрпереноса, был внутренне весьма взволнован, но внешне оставался «совершенно нейтральным», так как не хотел нарушать нарциссическое удовольствие пациента, на которое можно смотреть с разных позиций. С точки зрения Я-психологии в ситуации переноса, которая представляет собой повторение более раннего опыта, нарциссическое удовольствие

занимает меньшее место, чем тревога и ожидание реакции аналитика. Вычленение смысла, который имеет для пациента рассказ об этом событии (или какие чувства, особенно чувство стыда, связаны с этим), не являлось бы нарушением необходимой нейтральности и отстраненности и помогло бы пациенту приблизиться к чувствам, от которых его отгораживает отсутствие уверенности в себе, тревога и стыд.

На поверхности же лежало чувство вины. Пациент рассказал об ухудшении симптомов, которое аналитик «может наверняка проследить до самонаказания». Дополнительные ассоциации пациента, в которых он обвинял себя в транжирстве и разорении семьи, еще больше убедили аналитика в правильности его точки зрения. Аналитик употребил слово «самонаказание», и пациент — в благодарность, так как этим аналитик нарушил свою бесстрастность и что-то сказал, — продолжал ругать себя за то, что ему нравилось смотреть на соблазняюще одетую девушку. Тогда аналитик связал оба эти момента. И фотография в обнаженном виде, и девушка доставили *удовольствие*, и поэтому пациент должен был наказать себя. Пациент снова заговорил о чувстве вины, но, возможно, его самообвинения были лишь средством отгородиться от гораздо более глубокого чувства вины, появившегося в результате того, что первичные объекты не отражали его приятных ощущений, связанных с мужественностью.

То есть можно было бы рассматривать и фотографию в обнаженном виде, и девушку как олицетворение удовольствия от чего-то живого, но пациент не получает от них никакого обратного отражения, поэтому неудивителен его страх, что «все закончится полной изоляцией». Однако пациент испытывал сильную неуверенность в себе и поэтому был зависим от аналитика. Фрустрированное, но еще не проанализированное желание получить отражение заместилось рассмотрением чувства вины, в котором приняли участие и аналитик, и пациент. Пациент «согласился с тем, что он должен платить большую цену за удовольствие». Сообща они приходят к чему-то, но не по главной дороге, а по боковой; двигаясь по ней дальше, пациент продолжает говорить о вторичных вещах. Вначале он не получил никакой реакции. Тогда ему захотелось услышать какой-нибудь совет. (Можно предположить, что в детстве он не получал никакого эмоционального отражения, только советы о том, как быть дальше.) Аналитик отказался давать советы, и пациент снова ощутил, что ему отказали в просьбе, но теперь это сделано в форме подтверждения. Теперь он испытал и отвержение, и нарциссическое удовольствие. Он уже знал ответ сам.

На следующем сеансе он опять говорил про фотографии, на этот раз с тревогой, но без смущения. Секреция предстательной

железы вызывала у него страх. Так как в данном случае речь шла о тревоге, а не о нарциссическом удовольствии (к примеру), то аналитик ответил и сослался на данные из дерматологии. Теперь беспокойство пациента касалось того, может ли капля секрета предстательной железы вызвать беременность или нет. И снова обсуждение больше касалось реальности, чем неуверенности пациента в себе: «Нормален ли я, опасен ли я, такой же ли я, как другие, или отличаюсь от них?» Аналитик услышал вопрос, которого ожидал: «А как это происходит у вас, доктор?», и ответил на него, сказав, что, поскольку он относится к категории мужчин, у него также появляется секрет предстательной железы. Произошла разрядка возникшего напряжения, и появилась бодрость, сходная с бессознательным облегчением, наступающим после шутки. Оба знали на бессознательном уровне, что они одинаковы, что они оба мужчины. И теперь они создали в этой важной области нечто общее. Пациенту стало легче, потому что он услышал, что он такой же мужчина, как и все.

В заключение можно было бы задать вопрос, почему у пациента были такие сомнения относительно того, что он продуцирует (секрет предстательной железы), и почему для обретения уверенности в себе ему нужно было сфотографировать себя в обнаженном виде — возможно, это связано с тем, что его детские Я-объекты, мать и отец, не давали ему достаточно активного отражения. Вероятно, его мать неохотно или позитивно отражала анальность пациента, поскольку в результате анализа одного сновидения пациент в конечном итоге пришел к пониманию условий в его жизни, лежавших в основе развития страхов.

Концепция, согласно которой первичным мотивом является Я — противоположность теории влечений, стоящая за этими рассуждениями в русле Я-психологии, — требует некоторого теоретического прояснения.

Пациент с нарушенным Я и нарциссическими расстройствами личности направляет на аналитика свои вновь актуализировавшиеся в регрессивном переносе Я-объектные потребности, в то время как с точки зрения теории влечений аналитик становится объектом интенсивных влечений пациента. Развивается Я-объектный перенос — отражающий или идеализирующий. Когда присутствуют эти формы переноса, пациент считает само собой разумеющимся, что аналитик будет осуществлять за него те функции, которые сам он не может выполнять в силу того, что люди, которые в детстве должны были быть временными исполнителями этих функций, их не выполняли. Поэтому с точки зрения техники работы с такими переносами перед аналитиком встает вопрос: «Чем я сейчас *являюсь* для пациента? Для чего он нуждается во мне?» (в переносе инстинктивных потребностей он задал бы вопрос о том, что пациент сейчас с ним *дела-*

ет). Он будет стараться сопереживать пациенту и показать свое *понимание*, делая соответствующие замечания. Такого рода понимание представляет собой оптимальную форму фрустрации, потому что существующие потребности в отражении и идеализации не получают удовлетворения. Аналитик разрешает пациенту только узнать, как он воспринял его внутренние ощущения и чувства. В определенном смысле этот эмпатический шаг может отражать поведение матери, понимающей состояние своего ребенка. Сандер (Sander, 1962) говорил о «совместном, общем, разделяемом понимании», Штерн (Stern, 1985) — об «аффективном созвучии, настроенности», а Лёвальд (Loewald, 1980) — об «одобряющей, признающей валидизации, признании», без которого психическое развитие останавливается или задерживается. В анализе за первым шагом, то есть пониманием, сразу же следует второй, а именно *объяснение*, или интерпретация, которая через воссоздание объединяет перенос и лечение.

Наша позиция, описанная в первом томе — а именно то, что пациента нельзя рассматривать изолированно, что при изучении аналитического процесса необходимо учитывать участие аналитика, — полностью согласуется с концепцией единства Я — Я-объект, которое образуется в паре пациент — аналитик. Однако важно также обращать внимание на особый контрперенос, который может возникнуть в этом случае.

Я-объектный перенос может вызвать у аналитика контрперенос, так как часто нелегко переносить пациента, ощущающего вас как часть самого себя, а не как средоточие ваших собственных побуждений. Кохут (Kohut, 1971) описывает возможные реакции аналитика на такие сложные проблемы, если он их не осознает и, возможно, нарушает или разрушает динамику переноса. Вольф (Wolf, 1979) подчеркивает, что может возникнуть и Я-объектный контрперенос. В таком случае аналитик будет, например, воспринимать пациента как часть самого себя и давать ему интерпретации (в смысле проективной идентификации) того, что ему самому кажется важным, без правильного понимания пациента. Возможно также, что в аналитике вновь оживают потребности в Я-объекте, направленные на пациента, и остаются неосознанными (Köhler, 1985, 1988). Такие Я-объектные контрпереносы являются параллельными тем контрпереносам, при которых аналитик влюбляется в пациента или превращается в его соперника. Например, в отражающем контрпереносе аналитик будет требовать от пациента отражающего подтверждения чувства своего Я; это может проявляться, например, в том, что у пациента наступает улучшение, подтверждающее тот факт, что его терапевт — хороший аналитик. Аналитик попадает в положение родителей, которые хотят быть хорошими родителями и видеть своего ребенка благополучным. Бессозна-

тельные ожидания аналитиком улучшения состояния пациента могут быть серьезной причиной хронической негативной терапевтической реакции, потому что для пациента улучшение означает повторение ранних паттернов приспособления к родительским ожиданиям, а не освобождение от них, ожидаемое от анализа.

В описанном случае контрперенос определялся не сопротивлением аналитика тому факту, что он был нужен пациенту как Я-объект. Он с любопытством и интересом слушал описания пациента, не слишком скучая. Однако это вполне мог быть отражающий контрперенос, так как аналитик сказал: «Я удивлен и обрадован той решительностью, с которой Артур Y осуществил давно зародившийся замысел, не позволив мне сдержать его». Может быть, пациент действительно оправдывал ожидания аналитика и тем самым выполнял функцию Я-объекта? В свою очередь, у пациента был отражающий перенос. Аналитик выполнял функцию Я-объекта, беря на себя и подтверждая общую для них половую роль. С точки зрения теории Я-психологии возможно, что, несмотря на свою нейтральность, аналитик больше действовал в переносе, чем анализировал с помощью интерпретаций.

3.7 Проективная идентификация

По ходу обсуждения симптомов в анализе тот внутренний диалог, который пациент раньше вел с самим собой, преобразуется с помощью аналитика в диалог между двумя людьми. Значительная тяжесть ложится на контрперенос, в особенности в том случае, если у пациента нарциссическая структура личности. Из-за перверзии, которой страдал пациент, описанный ниже, терапевтическое вмешательство было сильно ограничено. Контрперенос, который вызывал этот пациент, был тесно связан с его симптомами, которые отражались также в специфической форме, которую принял его перенос. Пациент хотел забрать все бразды правления в терапии в свои руки и управлять, оставив аналитику роль марионетки. Такой контроль является важным элементом в теории проективной идентификации, которую мы обсудим после представления двух случаев. Резюме и представление случаев показывают, что многие основополагающие аспекты теории проективной идентификации были полезны для аналитика, занимавшегося терапией; но его интерпретативная техника сама по себе не вытекала из гипотез Мелани Кляйн.

Из дидактических соображений было бы заманчиво смоделировать диалоги в духе особенностей разных школ. Мы можем представить себе различные варианты, которые дадут возмож-

ность проиграть интерпретативные действия на фиктивном уровне, например на семинаре по терапевтической технике. Отсутствие пациента накладывает ограничение на ощущение реальности при подобных мысленных экспериментах. То же самое касается и обычных клинических обсуждений, где участники предлагают альтернативные интерпретации определенных ситуаций, потому что в отсутствие пациента эти игры с неизбежностью являются односторонними. Разыгрывание может стать полным, если включить *ожидания* аналитика, делающего интерпретацию в отношении реакций пациента.

Теоретические обсуждения имеют крайне важное эвристическое значение. Поэтому перед тем, как изучать с практическими целями описания двух случаев, читателю было бы полезнее обратиться к нашим комментариям о проективной идентификации.

3.7.1 Случай первый

В начале первого сеанса Йоганн Y дал аналитику тетрадь с описанием своих симптомов, которых очень стеснялся; он даже не хотел о них говорить. Из этих записей стало ясно, что он страдает перверзией. В семилетнем возрасте он украл непромокаемые клеенчатые трусы, которые мать приготовила для его двухлетней сестры. Он отнес их в туалет, надел и совершил в них акт дефекации. В начале пубертата он сам стал делать непромокаемые трусы из пластиковых пакетов. Сильная социальная изоляция сопровождалась горьким чувством обиды, что привело к нескольким суицидальным попыткам. Ритуалы опутывания, возникшие в раннем подростковом возрасте, помогали преодолевать состояние крайнего бессилия и самому контролировать напряжение. Пациент не мог увидеть в этом связь с мастурбацией, пока не достиг в терапии определенной фазы. Желание вылечиться появилось после того, как опутывание стало для него гораздо более опасным с использованием электрического провода; однажды временный паралич вызвал у него сильную панику, и в течение нескольких часов он испытывал страх, что не сможет сам освободиться.

Пациент связывал свое заболевание со страхом дезинтеграции и одиночества, который уходил корнями в далекое детство и стал существенно сильнее с началом пубертата, в частности из-за психотической болезни младшей сестры.

Несмотря на опасность, которую создавало связывание, пациент не хотел начинать лечение до тех пор, пока ему не будет позволено определять такие условия, как частота сеансов и положение (сидя или лежа); предыдущая попытка лечения потер-

пела неудачу из-за того, что аналитик настаивал на соблюдении стандартной техники.

Аналитик, который соглашается на «свободный» график с такими пациентами, попадает в специфическое положение. Он уступает желаниям пациента и отступает от правил психоаналитической техники. С нашей точки зрения, чрезвычайно существенным является то, какое значение для аналитика имеет отклонение от правил, когда он соглашается на требования пациента. Является ли это вымогательством? Нет, аналитик не будет чувствовать себя жертвой вымогательства, если позволит серьезно больному пациенту определять приемлемые условия. Изменение правил позволяет аналитику получить психоаналитические знания и оказывать терапевтическое воздействие и в силу этого не является односторонним актом, или, говоря точнее, согласие аналитика на изменение правил означает, что он может работать в заданных рамках, даже если возможность установления терапевтического альянса очень мала. По крайней мере достигается соглашение, которое удовлетворяет каждого участника.

Естественно, сразу же встал вопрос о том, почему пациент так скрупулезно отстаивал свою автономию, что в ответ на любое не устраивающее его вмешательство прекращал сеанс или начинал выдвигать бесконечные обвинения и высказывать критические замечания. Указания и предписания аналитику того, когда можно говорить, а когда лучше помолчать, вызывают в контрпереносе чувство беспомощности и связанности по рукам и ногам. Очевидно, что при этом аналитик уже не является хозяином положения, а позволяет втянуть себя в манипулятивные отношения, из которых он надеется вырваться через какое-то время с помощью своих интерпретаций.

«Связанность», являющаяся результатом «диктаторства» пациента, неизбежно ведет к аффективным проблемам, которые, учитывая ригидные способы пациента регулировать отношения, всегда имеют опасность превратиться в такую же ригидную «проективную идентификацию», как ее описал Гринберг (Grinberg, 1962, 1979). Нам хотелось бы также сослаться на описание случая, сделанного Макдугаллом и Лебовиси (McDougall, Lebovici, 1969, p. 1). Они описывают девятилетнего мальчика Сэмми, который долгое время говорил только тогда, когда аналитик записывал каждое его слово. Часто мальчик вопил: «Пишите теперь то, что я диктую, я ваш диктатор».

Аффективная проблема заключается в том, как при вынужденной пассивности или даже беспомощности не испытать злости или равнодушия. С пациентами, способность которых к изменениям очень мала, для аналитика крайне важно соблюдать свои интересы, устанавливая психодинамические связи, то есть получая знания. В трудных психоаналитических случаях это яв-

ляется источником удовлетворения, без которого вряд ли можно было бы переносить периоды отчаяния. С нашей точки зрения, для каждого аналитика важно понять, каким образом он может сохранить позитивную установку в тяжелой ситуации и получить по крайней мере минимальное удовлетворение, невзирая на существенные трудности.

Приводимый ниже сеанс относится к третьему году лечения.

Пациент, который обычно был пунктуален, опоздал и сразу направился к креслу, заметив, что его опоздание было выражением внутреннего конфликта; у него не было сегодня никакого плана насчет того, как мы будем работать. Он утверждал, что предыдущий стиль нашей работы был не вполне правильным.

Объясняя свою позицию, Йоганн Y употреблял яркие и образные описания, которые служили ему для ориентации в ситуации, он не позволял мне анализировать их метафорический смысл.

П: Мне кажется, я должен рассказать, о чем думал, о том, что, как я считаю, терапия и, кстати, моя жизнь — слишком функциональны. Есть два процесса, один — это процесс *компенсации*, а другой — *развития*. Из-за многочисленных мучительных переживаний в детстве мое развитие зашло в тупик и я оказался вовлеченным в процессы компенсации, в которых женщины играют особую роль. Прошлой ночью у меня возник образ, может быть, это был сон или видение, я не знаю.

В этом описании проявилась типичная для него трудность в удержании четкой границы между внешним и внутренним миром. Ему было крайне трудно идентифицировать внутренние видения в качестве таковых.

П: В долине воспоминаний я встретил четырех женщин, которые обвиняли меня в том, что я украл у них вещи, и хотели получить их назад. Я не мог им отдать эти вещи, просто я их уже использовал. Вот такой был образ; я думаю, что эти четыре женщины — это первые четыре девушки, которые были у меня до Марии.

У пациента еще не было близких гетеросексуальных отношений, но он всегда мог найти женщину, для которой он являлся платоническим другом и к которой он никогда не прикасался. Обычно это были женщины, переживавшие конфликт в отношениях с другим мужчиной и получавшие в разговорах с пациентом поддержку и утешение. В каждом случае таких отношений пациент находил удовлетворение в тайных фантазиях, где регулярно испытывал разочарование в женщине, которая покидала его и возвращалась к своему «настоящему» другу. Отношения с Марией отличались от предыдущих знакомств с женщинами

прежде всего тем, что продолжались уже несколько лет. Огромную роль играл тот факт, что Мария не была частью его повседневной жизни. Она жила за несколько сот километров от него, и они могли встречаться только изредка. На таком расстоянии пациент сумел установить стабильные отношения, в которых Мария играла роль экстернализированного Эго-идеала.

П: Я думаю, что отношения с Марией открывают новый этап, и поэтому я еще не могу пройти долиной воспоминаний, а должен изучать ее более тщательно; но в данный момент я опять нахожусь в пустыне.

Первичной целью его высказываний было овладение внутренним напряжением; внешне это выглядело как типичная игра ума. Таким образом пациент сохранял внутреннее равновесие. Даже на поверхностном уровне я часто испытывал трудности в понимании того, куда именно в сложной сети своих мыслей пациент хотел меня привести. Он говорил о том, что долине воспоминаний предшествовал поход через пустыню. Поэтому я постарался связать эту мысль с его решением не ложиться на кушетку, а вместо этого найти безопасное место в кресле.

А: По-видимому, для вас более безопасно и в то же время более благоразумно не ложиться на кушетку, поскольку вы все еще находитесь в пустыне, а в пустыню никто не идет, не зная пути.

Я использовал язык пациента, хотя и понимал, что это сохраняет дистанцию, созданную этим языком.

П: Где я нахожусь? В какой точке процесса? Я считаю, что нахожусь в компенсаторном мире, но долина воспоминаний могла бы снова открыть мир развития. Я бы хотел, чтобы вы первый пошли этой дорогой, а я бы наблюдал за вами с большого расстояния.

А: Наши предыдущие экскурсии в долину воспоминаний всегда сопровождались появлением множества болезненных моментов, которые вам было трудно вынести; но если я буду идти первым, то тогда именно я, а не вы, буду определять скорость. Именно это я считаю рискованным.

Пациент согласился; он сказал, что теперь должен научиться регулировать скорость вместе со мной. Это было совершенно верно и в то же время давало ему уверенность в том, что он может сам регулировать работу. (В начале анализа я часто уходил от пациента далеко вперед в различных попытках достичь его в его шизоидной изоляции.)

На следующий сеанс он принес мне свои замечания в письменном виде и попросил, чтобы я просто прочитал их. *Не* прочитать и попросить пациента рассказать содержание привело бы, как я знал из предыдущего опыта работы с ним, к немедленному прекращению сеанса. Поэтому я прочитал их:

На прошлом сеансе мы сделали решительный шаг в прояснении того, чего я хочу достичь вместе с вами. Сейчас я достаточно уверен в себе, чтобы дать вам описание, которое имеет для вас некоторый смысл.

Дело заключается в «гвоздях без шляпок». При уточнении «гвозди без шляпок» оказались аналитическими (то есть категоризированными в теоретическом смысле) подходами к решению проблемы без конкретного применения. (Шляпка была бы формой реализации или дальнейшим развитием подхода, который можно было бы использовать в любой конкретный момент.)

У меня есть желание изменить этот паттерн поведения. В принципе существуют три задачи, которые можно сформулировать следующим образом:

1. Я сам делаю «гвозди без шляпок» и не рассказываю об этом.
2. Вы делаете «гвозди со шляпками», но тогда это ваши гвозди, и я не могу ими пользоваться.
3. Вы помогаете мне здесь найти «гвозди», а изготовление «шляпок» остается за мной.

Прочитав эти заметки, я не стал интерпретировать их формальную сторону, а обратился к предложенному пациентом образу.

А: Задача, которую вы ставите перед нами, непроста, но, возможно, очень важна: то, что вы имеете возможность получить здесь «гвозди» — идеи, которые я могу вам дать, — и то, что, в свою очередь, уверены в том, что их применение — ваше собственное дело.

Вначале пациент был удовлетворен и рассказал мне, что за последние несколько месяцев он чувствовал себя относительно более защищенно.

П: Я думаю, что хочу получить свободу самоопределения. Свою свободу. В прошлом году вашей большой ошибкой было то, что в моем активном позитивном развитии вы шли за мной слишком близко и даже ускоряли темп. Именно поэтому я сократил количество сеансов. А сейчас вы меня только сопровождаете.

Пациент вспомнил эпизод, когда я с помощью интерпретаций старался прорваться через его ограничения, в результате чего развилась суицидальная настроенность и он попал на несколько дней в психиатрическую больницу. Чувство, что он связывает меня, возникшее в этой особой ситуации, — чувство ограниченности и связанности — заставило меня сделать интерпретацию о том, что он не разрешал мне участвовать в процессе его развития так, как я бы хотел. Эта попытка через интерпретацию нашего взаимодействия дать ему представление о том, каким образом он регулировал наши отношения, по-видимому, реактивировала его переживания, связанные с вмешательством матери.

Можно было проследить шизоидный компонент нарушений пациента до травматического опыта раннего детства. В воспоми-

наниях пациент видит себя ребенком, который плачет часами, а мать не обращает на него внимания. К возрасту пяти лет он стал еще более трудным ребенком, и мать не хотела оставлять его с маленькой сестрой одного и потому связывала его занавеской в соседней комнате. Пациент все еще помнил, как ему было стыдно, что он снова начал пачкать штаны, хотя с раннего возраста был чистоплотным.

Стратегия моих интерпретаций была направлена прежде всего на прояснение того, как теперь взаимосвязаны отторжение, обида, попытки женщин соблазнить его, вызывавшие чувство тревоги; причем каждое из этих трех звеньев приводило к уходу в нарциссизм. Все более успешное овладение такими ситуациями вело соответственно к выраженному снижению частоты перверзных действий. После трех лет лечения пациент смог записать следующие мысли о связывании:

Теперь мне понятен смысл связывания. Это является принципиально важным моим переживанием. Дело в том, что я могу выпутаться, только сконцентрировавшись на этом и оставив в стороне другие стороны, такие, как боль или тревога. Если будет преобладать тревога, то у меня вряд ли появится шанс. Это в точности соответствует моей реальной ситуации. Если преобладает тревога, то у меня не остается никакого пространства для того, чтобы думать или действовать «свободно», и тогда обостряется моя болезнь. Связывание для меня так же опасно, как и определенные ситуации. Просто связывание без всяких дополнительных ограничений оставляет мне больше времени, а именно до тех пор, пока я не умру от обезвоживания организма, приблизительно три дня. А мне в таких условиях никогда и не было нужно больше, чем пара часов. Когда речь заходит о таких вещах, как электричество, или недостаток воздуха, или, возможно, даже перегрев окружающей среды, у меня, соответственно, меньше времени, и способность к сосредоточению должна увеличиться при прочих равных. А это увеличивает ценность моего переживания. В зависимости от условий мне нужен срок до трех часов, а при благоприятных условиях я буду свободен уже через две минуты. Таким образом, смысл связывания заключен в том, чтобы препятствовать обострению болезни, потому что это происходит и от просто переживания, и от переживания своей идентичности, что необходимо в определенные периоды и что не может произойти никаким другим образом.

То, что пациент описывает как обострение болезни, представляет собой сильную тревогу, возникающую при слишком близком взаимодействии. Связывая самого себя, он овладевал воображаемой опасностью путем самоуничтожения и контролировал таким образом собственную деструктивность. Тревожная потеря контроля над актом дефекации, которую он описал, была намеренным, произвольным стулом и каким-то образом была связана в перверзии с эякуляцией. Это было завершающей точкой в приятном триумфе над матерью и всеми женщинами после нее, которые мешали ему и обижали его. Пренебрежительное отношение к женщинам — где присутствовал также аспект идентификации с отцом, который говорил, что мало считался со

своей женой, — можно увидеть и без перверзии, а кроме того, в том, как это отношение трансформировалось в компенсацию, восхищение и идеализацию. В то же время пациент был вынужден сохранять дистанцию, чтобы защитить женщин от своих нападок и сохранить воображаемую любовь матери. Как это подчеркивал Столлер (Stoller, 1968, p. 4):

> *Перверзия*, эротическая форма ненависти, представляет собой фантазию, обычно проигрываемую вовне, но время от времени появляющуюся в форме грез... Это привычная, предпочтительная аберрация, необходимая для достижения полного удовлетворения и направляемая в первую очередь враждебностью... При перверзии враждебность принимает в фантазии форму мести, скрытой в действиях, которые составляют перверзию и которые имеют целью превратить детскую травму в триумф взрослого.

В бессознательной смене ролей пациент сам становился матерью, причем даже более могущественной, чем она была на самом деле, и все контролировал сам. Внешнюю мотивацию контроля — который можно определить как анальную автономию — пациент связывал с тем фактом, что он часто переезжал, из-за чего нигде не ощущал себя «как дома», тем самым препятствуя развитию чувства безопасности.

3.7.2 Случай второй

На следующем примере можно проследить наблюдаемые вплоть до реконструирования процессы, диагностика которых основывалась на понимании контрпереноса, даваемом теорией проективной идентификации. В данном случае аналитик придерживался кляйнианских традиций, в духе которых обучался. Он не только хорошо знал теорию, но и владел соответствующей терапевтической техникой. Конечно, при оценке терапии не имеет значения то, считает ли какой-либо авторитет ее характерной для данной школы. Тем не менее для сравнения терапии в разных школах и направлениях необходимо найти общую позицию в понимании специфических критериев. Это не касается данного примера, хотя в наших комментариях мы действительно сравниваем некоторые элементы. Нашей целью является объяснение методики, вопроса же о различной ее эффективности мы едва касаемся. В этом отношении независимость метафорического терапевтического языка, о которой говорилось выше, налагает на нас свои ограничения.

Вероника X начала психоаналитическое лечение в возрасте 24 лет в связи со спастической кривошеей. Симптомы кривошеи возникали только во время эмоциональных стрессов, особенно во время экзаменов в профессиональном обучении. Тщательное наблюдение подтвердило то, что странное непроизвольное поворачивание головы вызывалось психогеническими причи-

нами, эмоциональные воздействия усиливали неврологические симптомы, и это пациентка даже отметила сама. В результате возник порочный круг (который мы описывали в разделах 5.2 и 5.5 в связи с другим случаем кривошеи), типичный для многих заболеваний независимо от того, каковы первичные причины — психические или соматические.

В случае терапии Вероники X неврологический симптом отошел на второй план по сравнению с серьезными пограничными нарушениями структуры. Рабочий альянс постепенно разрушался сильно эротизированным переносом, что на многих сеансах значительно осложняло контрперенос.

В первый год лечения пациентка редко могла пролежать на кушетке целый час. Чаще она нервно ходила по комнате, бросая на меня время от времени гневные и злобные взгляды, в то же время выражая предельную беспомощность. Часто Вероника X, когда я сидел в кресле, скорчившись садилась у моих ног. Моя терпимость к подобной форме поведения сопровождалась попытками интерпретировать чувства пациентки и ее боязнь потерять контроль. Однажды возникла ситуация, когда надо было четко определить позицию. Когда пациентка отказалась во время сеанса выслушать несколько замечаний, вскочила с кушетки и вырвала у меня из рук ручку, я очень твердо сказал: «Если вы сейчас же не отдадите мне ручку, вы вынудите меня закончить лечение».

Комментарий. Аналитик нажал на стоп-кран, чтобы предотвратить дальнейшие атаки, которые обременяли его и могли стать в высшей степени травматичными для пациентки. Потеря контроля усиливает глубинную тревогу и вызывает чувство стыда. Вспышка гнева является для ребенка способом получить от взрослого поддержку.

Тем не менее, несмотря на все, Вероника X была способна к продуктивной терапевтической работе. Она рассказывала сновидения, которые, невзирая на их сильную фрагментарность и преобладание в них мира частичных объектов и языка тела, были пригодны для аналитической работы. Это давало каждому из нас возможность сохранять надежду на то, что лечение имеет смысл, и это подтверждалось прогрессом в ее повседневной жизни и уменьшением тяжести психических симптомов. Моя способность оставаться спокойным, сохранять трезвый взгляд и понимать взаимосвязи вызывала у пациентки восхищение. Она часто говорила, что если бы она могла думать так же, как я, то у нее не было бы никаких трудностей. В связи с этим восхищением возник вопрос о том, каким образом мне удается что-то понимать, и часто мои ответы очень злили ее. Она придержива-

лась мнения, что мои ответы уклончивы и неполны или отражают мое нежелание раскрыть «источник» моего знания.

Комментарий. Как мы объяснили в разделе 7.4 первого тома, именно в случаях работы с пограничными пациентами важно давать реалистические ответы. Более того, во всех психоаналитических случаях полезно дать пациенту возможность совместно пользоваться знаниями аналитика, как было описано в разделе 2.2. Это не уменьшает жалоб или обвинений пациентов, что их не подпускают к источнику знаний, но часто это успокаивает их настолько, что разрыв между властью и беспомощностью постепенно сглаживается. Мы делаем эти комментарии из дидактических соображений и не уверены, мог ли аналитик в данном случае дать больше информации об основе своих интерпретаций.

Негативные терапевтические реакции стали в анализе более частными, и все отчетливее в них стал выражаться один компонент — зависть. Каждый раз, когда пациентке казалось, что, несмотря на все полностью осознаваемые ею трудности, я способен продолжать работу и признаю, что она крайне нуждается в помощи, она реагировала весьма амбивалентным образом: вспышкой раздражения и одновременно признанием действительной пользы терапии.

На третьем году анализа, придя на второй за неделю сеанс, Вероника Х долго и пристально, и даже пронизывающе, смотрела на меня перед тем, как лечь на кушетку; этот взгляд произвел на меня сильное впечатление, но я не мог по-настоящему понять причину этого. Последовало долгое молчание; затем в ответ на вопрос, о чем она думает, пациентка сказала то же, что уже много раз говорила раньше: о своем сексуальном влечении ко мне. В отличие от предыдущих случаев ее прямое сексуальное заявление вызвало у меня сексуальные фантазии. Я очень конкретно представил себе сексуальные отношения с пациенткой, из-за чего почувствовал себя довольно неуверенно. Первой моей реакцией было ощущение, что меня провоцируют, но не прямым сексуальным заявлением, а каким-то другим, трудно определимым для меня образом. Во время долгого молчания я старался понять, что произошло на этот раз и что заставило меня внутренне отреагировать столь эмоционально. Я снова спросил пациентку, что ей пришло в голову на этот момент. Она ответила, что вспомнила переживания, которые испытала несколько лет назад в Испании. В очень жаркий день она пошла с группой туристов в склеп средневекового замка. Там было прохладно, и атмосфера была очень приятная. В склепе стоял каменный саркофаг с прекрасной скульптурой, изображавшей склонившегося

принца. Она была очарована этой прекрасной скульптурой и в этот момент ощутила страстное желание обладать ею и одновременно ярость из-за того, что на эту скульптуру могут смотреть толпы глупых туристов. Отвечая на эту ассоциацию, я использовал свои сексуальные фантазии (в которых пациентка приближалась ко мне и гладила меня) для следующей интерпретации:

А: Я думаю, вам бы хотелось, чтобы мое тело и мой дух, а для вас это одно и то же, полностью принадлежали вам. Только вам, чтобы вы не должны были делить меня с другими глупыми пациентами. Вам бы хотелось самой владеть мной и каким-либо образом изучать, трогать, узнать очень подробно, прочитать мои мысли, узнать, что у меня внутри.

Расширяя и подтверждая мою интерпретацию, пациентка добавила, что в фантазиях она входила в саркофаг. Она чувствовала себя очень хорошо внутри саркофага, и ей казалось, что принц принадлежит ей одной.

А: Да, вам одной, но ставшей трупом. Вы думаете, что можете обладать мною полностью, только если будете спать со мной. Это должно быть моей инициативой, моим желанием обладать вашим телом. Однако в то же время вы понимаете, что в тот момент, когда вам удастся склонить меня к сексуальным отношениям, я превращусь в мертвого аналитика, то есть как аналитик умру.

После этой интерпретации я очень отчетливо почувствовал, как упало мое возбуждение. Позже на сеансе я расширил эту интерпретацию.

А: Я думаю, что вы с трудом переносите свое сильное желание полного обладания и единственная возможность для вас вынести это состояние — попытаться отдать мне те же самые чувства, а именно желание, которое парализует вас и привязывает к кушетке, как склоненную фигуру — к саркофагу. Это единственная для вас возможность передать мне это сильное чувство.

В начале следующего сеанса пациентка сказала, что моя предыдущая интерпретация заставила ее «пожелтеть от ярости». Я ответил, что правильнее было бы сказать — «пожелтеть от зависти», а цвет ярости — красный. Через несколько минут молчания Вероника X рассказала сон, приснившийся ей накануне. Она была маленьким ребенком и сидела свернувшись калачиком на коленях у старика, который умел очень хорошо рассказывать сказки. Ей очень нравилось слушать сказки, но в то же время ее бесило умение старика рассказывать. Затем она стала взбираться по его телу к его глазам, стараясь выдавить глазные яблоки, засовывая пальцы вовнутрь. Старик очень ловко уклонялся от нее, не отталкивая прямо, и ей не удалось ослепить его.

Это сновидение помогло мне понять негативные терапевтические реакции пациентки и использование ею проективной идентификации. С одной стороны, ей нравилось мое умение рассказывать ей истории о ее собственной психической реальности, но, с другой, этот энтузиазм порождал в ней жадность и зависть вместе с ощущением, что сама она маленькая и беспомощная. Из-за этого чувства беспомощности в ней росло желание избавиться от этого опасного противоречия, разрушив его источник, то есть мою способность смотреть вовнутрь пациентки. Пациентка защищалась от этого противоречия, стараясь «внедрить» в меня сексуальные желания, которые могли привести меня в замешательство. Когда Вероника X заметила, что, несмотря на ее усилия, я сохранил способность понимать, она сама почувствовала облегчение, но порочный круг только укрепился. А тот факт, что на этот раз пациентка не проявила никаких негативных терапевтических реакций, и даже совсем наоборот, смогла рассказать сон, объясняющий предыдущие негативные реакции, возможно, был знаком того, что на этом сеансе порочный круг был разорван, и это подтвердилось дальнейшим ходом лечения. Теперь Вероника X была уверена в том, что рабочий альянс может выдержать ее агрессивность, которой она сама боялась больше всего; приступы ревности были примерами этой агрессивности. На собственном опыте она узнала, что я могу выдержать более сильные эмоции и спуститься с ней в глубь склепа, не потеряв своей способности понимать и видеть.

Комментарий. Возможно, первоначальный порочный круг укрепился из-за того, что аналитик увидел в пациентке нечто новое. Поэтому она захотела его ослепить. Почему она не могла идентифицироваться с удовольствием наблюдать и быть наблюдаемой? И что нужно было сделать, чтобы разорвать порочный круг? Невозмутимость аналитика была настолько неестественной, что возникал риск привести пациентку в замешательство и сбить ее с толку. Целью интроекции было установление равновесия между низом и верхом, правым и левым, имущим и неимущим.

3.7.3 Заметки о проективной идентификации

Как мы писали в разделе 3.2 первого тома, теория проективной (и интроективной) идентификации в школе Мелани Кляйн ставит своей целью объяснить и обосновать холистическое понимание контрпереноса. Концепция проективной (и интроективной) идентификации первоначально основывалась на значимости раннего «страха преследования и шизоидных механизмов», о чем М.Кляйн говорит как о гипотезе, выведенной из

материалов анализа взрослых и детей (Klein, 1946, p. 102). Неважно, в каком направлении, от практики к теории или наоборот, шла ее мысль, но последнее (путь от теории к практике) вероятнее, так как Мелани Кляйн принадлежала к аналитикам, чья интерпретативная техника довольно сильно окрашивалась теорией, что видно из ее описания случая маленького Ричарда (разд. 1.3). Но так или иначе, главное заключается в том, что теория проективной и интроективной идентификации обращена к ранним и примитивным фантазиям. Центральным моментом в ней является предположение о существовании системы взаимодействий, состоящей из фантазий о внедрении в мать и проецировании отделившихся частей своего тела на тело матери или, наоборот, фантазии о внедрении матери в свое тело.

Первоначально Кляйн рассматривала это как «прототип *агрессивных объектных отношений*» (1946, p. 102; курсив наш). Позднее Бион (Bion, 1959) и Розенфельд (Rosenfeld, 1971) описали особую форму *проективной идентификации, служащей для коммуникации*, в которой проекция чувств на мать (или аналитика) имеет целью вызвать определенное чувство, чтобы обозначить психическое состояние, которое не может быть вербализовано, и, возможно, чтобы заставить мать (аналитика) вести себя определенным образом.

Если бы можно было понять и объяснить способность аналитика к эмпатии и важную часть взаимодействия пациент — аналитик через понятия проективной и интроективной идентификации, то психоанализ получил бы собственную оригинальную теорию коммуникации. Эти элементы выходили бы далеко за пределы критического изучения других наук, и так в сомнительных случаях всегда было бы можно привлечь тот аргумент, что речь идет о бессознательных процессах, возникающих на ранней довербальной стадии развития. Очевидно, что этот довод дал бы возможность не принимать в расчет результаты прямых непосредственных наблюдений за отношениями мать — ребенок. И действительно, даже хорошо обоснованная научная критика не убеждает многих аналитиков, возможно, в силу того, что клинический язык, используемый в этой теории, порой вызывает у пациента сильный отклик. Метафоры, используемые для того, чтобы придать колорит интеллектуальному взаимодействию, связаны по своему происхождению с телесными ощущениями. Мы приведем только два примера такого рода: «Мне это поперек горла» и «Я наябедничаю на тебя». Излюбленным глаголом в языке кляйнианской терапии является глагол «вкладывать» (to put into), пробуждающий как оральные, так и фаллические ассоциации. Таким образом, терапевтический язык, связанный с проективной идентификацией, является ярким «язы-

ком действия», подчеркивающим агрессивность (см.: Thomä, 1981, p. 105).

Ключевой глагол «вкладывать» восходит, вероятно, к метафоре, которую употребила Кляйн, пытаясь описать процесс проективной идентификации:

Описание такого примитивного процесса наталкивается на большие препятствия, так как эти фантазии возникают в то время, когда ребенок еще не начал мыслить словами. В данной статье я употребляю, например, выражение «проецировать *в* другого человека», потому что это кажется мне единственным способом передать тот бессознательный процесс, который я стараюсь описать (Klein, 1946, p. 102).

По этим причинам аналитики могут вкладывать в концепцию проективной идентификации широкий и произвольный смысл, так как она определена неточно и является одной из самых малопонятных концепций в психоанализе, как утверждает один из ее сторонников (Ogden, 1979).

Теперь мы подходим к различию между *проекцией* и *проективной идентификацией*, которое якобы можно увидеть в том, сохраняет ли сам проецирующий связь с проецируемым содержанием, и если да, то каким образом и на каком уровне осознания. Однако вызывает сомнение возможность увидеть различие между проекцией и проективной идентификацией в том факте, сохраняет ли проецирующий человек связь с отвергаемым и отрицаемым компонентом Я или нет. Согласно Фрейду (Freud, 1937d, p. 268), такие связи характеризуют и параноидные системы, развивающиеся через проекцию, и затем поддерживают существование этих систем. Мы хотим особенно подчеркнуть, что процесс проекции, в котором задействованы бессознательные идентификации, может быть связан с различными содержаниями. Поэтому ошибочно было бы считать, что при параноидном развитии речь идет исключительно о проекции гомосексуальных содержаний, как это неверно полагал Фрейд, описывая манию ревности. В силу особого интереса Фрейда к проекции гомосексуальных влечений из виду был упущен тот факт, что в теории проекции речь идет о *формальных* процессах, которые могут быть связаны со многими бессознательными *содержаниями*. Очевидно, что существенное различие между проекцией и проективной идентификацией можно обнаружить, только упрощенно излагая теорию проекции.

Людям известно о проекции с давних пор. Как сказано в Евангелии (Лука, 6:42), в чужом глазу и *сучок* увидишь, а в своем и *бревна* не заметишь. Это согласуется с тем, как Фрейд объяснил параноидные системы, поддерживаемые «носильщиком бревна», который ищет и повсюду находит маленькие сучки, удостоверяющие его в том, что люди относятся к нему плохо. Таким образом, он избегает осознания того факта, что его

собственные «бревна» делают его таким чувствительным ко злу в других, и того, как он относится к ним. Этот образ показывает, что проективные процессы коренятся в интерсубъективности (Freud, 1922b, p. 226).

Кернберг (Kernberg, 1965, p. 45) описывает это следующим образом.

Проективную идентификацию можно рассматривать как раннюю форму механизма проекции. В терминах структуры Эго проективная идентификация отличается от проекции тем, что импульс, проецируемый на внешний объект, не является чем-то чуждым и далеким для Эго, так как связь Эго с проецируемым импульсом все еще сохраняется и Эго, таким образом, переживает вместе с объектом (возникает «*эмпатия*» с объектом). Тревога, вызывающая проекцию импульса на объект, сменяется теперь страхом перед этим объектом и одновременно необходимостью контролировать этот объект, чтобы предотвратить нападение его на Эго под влиянием этого импульса. Следствием, или параллельным развитием действия механизма проективной идентификации, является размывание границ между Эго и объектом (потеря границ Эго), и так как часть спроецированного импульса все еще узнается, Эго и объект сливаются довольно хаотическим образом (Kernberg, 1965, p. 46; курсив наш).

Мы подчеркиваем факт эмпатического контакта, потому что это утверждение расходится с положением о том, что «Эго и объект сливаются довольно хаотическим образом». Похоже на то, что микропсихология этих процессов понимается достаточно метафорически.

Проективную идентификацию, как и другие бессознательные механизмы, нельзя наблюдать непосредственно, можно только делать умозаключения об этом. Существуют только предположения об этих фантазиях, но не сами фантазии. В умозаключениях такого рода необходимо особенно тщательно проанализировать, насколько правдоподобны теоретические предположения, на которых основываются интерпретации. В случае проективной идентификации и ее близнеца — интроективной идентификации нужно прояснить, до какой степени эти предполагаемые процессы и позиции зависимы от гипотетического психотического ядра в младенчестве. Многие аналитики, возможно, считают доказанной правомерность употребления таких понятий, как параноидно-шизоидная и депрессивная позиция, не сомневаясь ни в коей мере в том, является ли психотическое ядро действительно универсальной переходной фазой, последствия которой почти не подвержены влиянию времени.

В первом томе (разд. 1.8) мы рассматривали различные мифологические представления о ребенке. Миф о психотическом ядре создает необходимость искать объяснение каждому нормальному *здоровому* развитию. Мы не можем больше принимать на веру многие посылки, лежащие в основе типичных кляйнианских интерпретаций (см., например: Lichtenberg, 1983). Кли-

нические интерпретации, выводимые из допущения о существовании психотического ядра, неверны. Это не убеждает аналитиков, твердо придерживающихся кляйнианской позиции. Они ссылаются на клинические данные, утверждая, что показывают, будто идеи Мелани Кляйн сами собой доказывают исключительную клиническую продуктивность. Можно ли поступать правильно, исходя из ложных предпосылок? То, что кажется логически невозможным, работает на практике, потому что терапевтическая деятельность обоснованна сама по себе, и поэтому ее направленность вовсе не определяется теоретическими предпосылками. И в этом смысле не существует принципиального различия между разными школами психоанализа.

Новые перспективы открывает отделение концепции проективной идентификации от неприемлемых посылок. Даже если не учитывать тот факт, что Кляйн создала в психоаналитическом движении противовес позиции Фрейда, выполнив этим исторически важную функцию, нельзя не оценить ее идеи как провозвестницы социально-психологического направления в психоанализе. Проективная и интроективная идентификация указывает на процесс взаимодействия, в котором люди влияют друг на друга.

Процессы взаимодействия определяют человеческую жизнь с самого рождения. Вероятно, следует ожидать, что проективная идентификация и другие психоаналитические концепции будут интегрированы в научно обоснованную теорию и практику интерсубъективности. Такая трансформация будет затрагивать богатый метафорами терапевтический язык. Использование метафор порождает много проблем. В связи с тем, что проективные идентификации определяются как бессознательные фантазии, они могут быть проинтерпретированы, даже если аналитик не чувствует никакого контрпереноса, который мог бы быть связан с данной фантазией клиента. Например, пациент расскажет сон, и аналитик может сделать предположение о наличии проективной идентификации. Проблема здесь заключается в том, чтобы установить причинную связь между содержанием бессознательных фантазий и переживаниями или поведением пациента. Эта связь должна учитывать особую *интенциональность*, то есть желание спроецировать что-либо на теле другого. Недостаточно исходить из *принципа интенциональности*, или первичной объектной соотнесенности желаний и фантазий.

Первым шагом аналитика должно быть признание того, что некоторое определенное переживание в контрпереносе было в действительности вызвано пациентом. Затем он должен обнаружить доступ к предполагаемым фантазиям пациента и соотнести их со средствами (выражения, жесты, поведенческие паттерны и т.п.), которые пациент использует в ходе взаимодействия для того, чтобы вызвать у аналитика соответствующее переживание.

И наконец, аналитик должен выяснить, чтó является целью проекции: напасть на связь пациента с аналитиком и лишить аналитика способности мыслить или передать внутреннее состояние, не выраженное вербально. В этом смысле каждая проективная идентификация в конечном счете всегда является *по своей природе диадической*. Это означает, что характер специфической проективной идентификации определяется не предполагаемой «интенцией» пациента, а зависит от способности аналитика понимать чувства в своем контрпереносе и «переварить», то есть расшифровать и вернуть назад в интерпретации. Бион описал этот процесс как способность «мечтать». Согласно Биону, если у аналитика нарушена способность к фантазированию, то вызванные пациентом чувства захлестнут его, лишат способности думать и приведут в замешательство. Связь с пациентом окажется прервана, и аналитик будет склонен предполагать, что пациент «спроецировал» на него свое собственное замешательство.

В такой же ситуации такая же проективная идентификация может не вызвать у аналитика замешательства, и он сумеет понять содержащееся в ней сообщение; и тогда его интерпретация достигнет содержания бессознательной фантазии. В этих двух случаях аналитики реагируют противоположным образом. В первом случае предметом интерпретации могло бы быть удовлетворение, полученное от деструкции, а во втором — либидозное стремление сохранить связь. Отсюда следует, что функция проективной идентификации зависит от интерпретации.

Хотя в первоначальном описании Кляйн не указывается, что только негативные Я-репрезентации могут проецироваться таким образом на других лиц (мать), в клиническом контексте в первую очередь подразумеваются — как Гамильтон (Hamilton, 1986, р. 493) показал в случае Биона — деструктивные аспекты проективной идентификации у пациентов с психотическими расстройствами. В связи с этим Гамильтон справедливо призывает аналитиков рассматривать также клинические аспекты «позитивной проективной идентификации», в которой проецируются хорошие и любящие Я-репрезентации. Через повторную интроекцию можно активизировать развитие позитивных объектных отношений, используя эмпатическую связь с принимающим объектом (в этом отношении см. наше обсуждение Я-объектов Кохута в разделе 3.6).

Теперь, вспомнив один из аргументов Мейсснера, мы можем снова вернуться к общей оценке концепции проективной идентификации. Он утверждает, что допущение о существовании «базового психотического механизма» является необходимым условием для клинического обоснования концепции (Meissner, 1980, р. 55). Тогда размывание границ Я — это то же самое, что и потеря дифференциации между Я и объектом.

В частности, Бион (Bion, 1967), внося свой вклад в развитие этой концепции, ввел метафору «контейнер». Мейсснер додумал эту мысль до логического конца весьма критическим образом:

> В терминах Биона, таким образом, проективная идентификация является формой симбиотических отношений, происходящих взаимовыгодным образом между двумя людьми, между «вмещающим», контейнером (container), и «вмещаемым» (contained). Следовательно, проективная идентификация превращается в метафору, произвольно переведенную в термины «вмещающий» и «вмещаемый», которые применимы почти к любой форме отношений или когнитивных феноменов, где можно увидеть общие признаки отношения вмещения или содержания (Meissner, 1980, p. 59).

Если обратиться к концепции взаимовызываемых ролей из репертуара бихевиористов, то можно лучше и проще понять непсихотические формы проективной идентификации (Grinberg, 1979). Мы согласны с Греем и Фискалини в том, что разговор о «вкладывании» живо описывает субъективные переживания:

> Возможно, термин «вкладывание» следует понимать как поведенческую роль, которую играет один из участников с целью вызвать ответную реакцию другого; если это верно, то инициатор действительно «вкладывает» в ситуацию приглашение к защитному взаимодействию, как это происходит в любом проявлении переноса. В противном случае такое *метафорическое установление психической собственности* потенциально является заблуждением (Grey, Fiscalini, 1987, p. 134; курсив наш).

Наши описания случаев допускают интерпретацию, которая хорошо соответствует следующему утверждению Пордера:

> Я считаю, что наилучшим образом можно понять проективную идентификацию как компромиссное образование, включающее в качестве главного компонента «идентификацию с агрессором» или «превращение из пассивного в активного», в ней пациент в переносе бессознательно *отыгрывает вовне* роль главного патологического родителя или обоих родителей и через это вторичное проигрывание вызывает у аналитика чувства, сходные с теми, которые пациент испытывал в детстве. Я полагаю, что разыгрывание вновь этой драмы с сохранением тех же ролей, которые были в детстве, является решающим бессознательным взаимодействием в переносе и контрпереносе, которое можно наблюдать у пациентов, обнаруживающих то, что называется проективной идентификацией (Porder, 1987, p. 432).

Подобным же образом и Хайманн считает обмен ролями центром данной концепции:

> Проективная идентификация появляется как реакция контрпереноса тогда, когда аналитик терпит неудачу в процессе восприятия; вместо восприятия переноса во времени он бессознательно интроецирует пациента, который в это время ведет себя, идентифицируясь со своей отвергающей и всемогущей матерью, что в конечном счете ведет к воспроизведению им своих переживаний в переменившихся ролях (Heimann, 1966, p. 257).

С нашей точки зрения, функция проективной идентификации определяется ее интерпретацией. Прежде всего речь идет о том, что пациент осознает те позитивные и негативные компоненты своего Я, которые он приписал аналитику. Анализ этих процессов должен начинаться с исследования реальных событий во взаимодействии. Поведение пациента навязывает взаимодействие, которое аналитик не может понять до тех пор, пока он не даст этому происходить в течение некоторого времени. «Эмпатический контакт» с проецируемыми компонентами Я, который подчеркивают многие авторы, основывается на бессознательном понимании текста этого взаимодействия. С помощью аналитика, вовлеченного во взаимодействие, и его интерпретаций пациент может осознать проецируемые на другого компоненты своего собственного Я. Это признание своего Я предшествует реинтеграции отдельных компонентов. До тех пор пока индивид отчуждается от компонентов своего Я, они не могут быть приняты и объединены.

4 Сопротивление

Введение

В соответствующей главе первого тома мы классифицировали различные формы сопротивления. В этой главе мы рассмотрим *регуляторную функцию* сопротивления в *терапевтических взаимоотношениях* с точки зрения аналитической техники.

Расширенное толкование теории переноса, которое мы изложили в первом томе (разд. 2.5), несомненно, сильно повлияло и на связанную с ней теорию сопротивления. Хотя разногласия на этот счет между ведущими современными аналитиками напоминают, по крайней мере своими формулировками, о спорах между А.Фрейд, Фенихелем, М.Кляйн и Райхом в 1930-е годы, тем не менее сейчас мы повсюду видим признаки того, что феномены сопротивления все в большей степени рассматриваются с точки зрения терапевтических взаимоотношений. Это изменение взглядов стало явным в ходе публичной дискуссии между Сандлером и Рэнгеллом во время Мадридского психоаналитического конгресса (1983). Основные пункты аргументации Сандлера содержатся в следующем отрывке из его статьи:

> Кажется очевидным, что введение понятия объектно ориентированных процессов (в частности, *объектно ориентированных защитных механизмов*) и их описание ознаменовали появление важного *нового подхода* к аналитической работе и к понятию переноса. Анализ терапевтического взаимодействия «здесь-и-теперь» начал занимать в интерпретациях все больше места по сравнению с реконструированием событий детства. Если в аналитической ситуации пациент использовал защитные механизмы, затрагивавшие и его самого и аналитика, это стало рассматриваться как перенос и все в большей степени становилось фокусом внимания аналитика. Вопрос «Что происходит сейчас?» стали задавать раньше, чем вопрос «Что говорит материал, предоставляемый пациентом, о его прошлом?».
>
> Другими словами, аналитическая работа (по крайней мере в Британии) все больше и больше фокусируется на том, как пациент манипулирует аналитиком в своих сегодняшних бессознательных фантазиях и мечтах, то есть в переносе, что явно или неявно признается большинством аналитиков, хотя официальное определение этого термина значительно у́же (Sandler, 1983, p. 41; курсив наш).

Рэнгелл прокомментировал этот отрывок, задав острый вопрос:

Ставим ли мы все еще сопротивление и защитные механизмы на первое место, как это делали Фрейд, Анна Фрейд, Фенихель и другие? Или же мы перешли к провозглашаемой многими концепции «Перенос прежде всего» или даже «Ничего, кроме переноса»?

Кажется, дело снова идет к поляризации, поскольку многие психоаналитики придают анализу ситуации «здесь-и-теперь» больше значения, чем реконструированию прошлого и углубленному анализу. Рэнгелл потребовал от аналитиков принять определенное решение:

В конце концов нам придется сделать выбор между двумя разными пониманиями переноса — интрапсихическим и интеракционным (или трансакционным). Аналогичным образом нам, возможно, придется сделать еще и выбор между интрапсихической и интеракционной моделями терапевтического процесса (Rangell, 1984, р. 133).

На вопросы, поднятые Сандлером и Рэнгеллом, ответит в конечном счете исследование хода и результатов психоаналитического лечения. Однако мы не думаем, что между аналитиками по этому поводу опять возникнет раскол, поскольку установить иерархию интерпретаций, опираясь на сравнительную важность понятий сопротивления и переноса, как это пытались сделать Райх и М.Кляйн, выступая с крайних позиций, невозможно. Райх систематизировал теорию защитных механизмов с точки зрения терапевтической техники в своем скрупулезном анализе сопротивления, который в конце концов нашел свое завершение в его строгой теории *анализа характеров.*

Правило начинать работу с анализа видимых проявлений сопротивления Райх превратил в твердый принцип и следовал ему неукоснительно: *«Никаких объяснений смысла, когда требуется интерпретация сопротивления»* (Reich, 1949, р. 27). Он описал специфику сопротивления переносу в том, как она проявляется в поведении пациентов в целом и в частностях, а также с учетом того, насколько пациент следует общему правилу психоанализа. При этом он сделал важное замечание относительно связи формы и содержания. Вот оно:

Сопротивление характера проявляет себя не в содержании материала, но во внешних аспектах поведения в целом: в манере говорить, походке, выражении лица и обычных жестах и манерах, таких, как улыбчивость, насмешливость, высокомерие, подчеркнутая корректность, в *проявлениях* вежливости, агрессивности и т.п. (Reich, 1949, р. 47).

Райх использовал термин «панцирь характера» или просто «панцирь» для обозначения самых различных черт невротической личности, чтобы подчеркнуть тот факт, что некоторые формы поведения играют роль компактных защитных механизмов, которые регулируют перераспределение либидозной энергии между внешним и внутренним миром индивида.

Из рекомендаций Райха следует, что в начале работы с пациентом аналитики должны интерпретировать только сопротивление *переносу* и избегать смысловых интерпретаций, в особенности глубинных и генетических. Он сформулировал следующее общее правило: *«Не бывает слишком раннего анализа сопротивления и не бывает слишком позднего интерпретирования содержания бессознательного, если это не интерпретация бессознательного сопротивления»* (Reich, 1949, p. 38).

Райх, кроме того, форсировал анализ сопротивления «здесь-и-теперь». На первых сеансах терапии он устанавливал связь между сопротивлением и переносом, говоря в подходящий момент, что пациент имеет что-то против него, но не осмеливается об этом сказать (Reich, 1949, p. 55). Ференци (Ferenczi, 1950), исходя из тех же соображений, что и Ранк, также советовал рассматривать каждое сновидение, жест, ошибочное действие, а также ухудшение или улучшение состояния пациента прежде всего как выражение переноса и сопротивления. По мнению Ференци, первым это правило начал применять Гроддек. При любых признаках ухудшения состояния пациента он задавал стандартный вопрос: «Что вы имеете против меня? Чем я вам досадил?» Райх и Ференци подчеркивали, что внимание к ситуации «здесь-и-теперь» представляет собой реакцию на то течение в аналитической технике, которое Ференци и Ранк (Ferenczi, Rank, 1924) критически охарактеризовали как «интерпретационный фанатизм». Сходство в подходах Райха и Ференци к этой проблеме столь же примечательно, как и расхождение между ними в вопросах аналитической техники (анализ характеров и сопротивления у Райха в противоположность технике Ференци). Что касается термина «интерпретационный фанатизм», то под ним подразумевались интерпретации, которые реконструируют события прошлого и превращают пациента в эксперта по вопросам происхождения своей болезни, но лишь на уровне интеллекта и без какой-либо пользы для терапии.

Таким образом, мы видим, что подчеркивание важности сопротивления и переноса, которое мы наблюдаем сейчас, не представляет собой ничего принципиально нового. Упор на ситуацию «здесь-и-теперь» представляет собой отправную точку для совершенно разных направлений в технике психоанализа, которые подходят к этой ситуации с разных позиций. Судя по всему, Ференци понимал сопротивление переносу совершенно иначе, чем Райх, хотя оба они следовали одним и тем же правилам и в своих интерпретациях отталкивались от видимых проявлений сопротивления.

Дискуссию между Сандлером и Рэнгеллом можно рассматривать как запоздалое возобновление старых споров о поверхностных и глубоких интерпретациях, которые затем перешли в

полемику между сторонниками эгопсихологии и приверженцами школы М.Кляйн. В этой связи сохраняет свою актуальность комментарий Фенихеля по поводу этого старого спора, сделанный много лет назад:

> В точном смысле слова это может означать только то, что давать «глубинные интерпретации» (независимо от того, насколько точно они описывают психическую реальность пациента) не имеет смысла до тех пор, пока анализу препятствуют более поверхностные обстоятельства. По этой причине оказывается невозможным «вступить в непосредственный контакт с бессознательным пациента», как того хочет Мелани Кляйн, поскольку проанализировать значит буквально следующее: прийти к согласию с *Эго* пациента, заставить его Эго обратиться к своим собственным конфликтам... Защитные тенденции Эго *всегда* более поверхностны, чем инстинктивные тенденции Ид. Следовательно, прежде чем поставить пациента лицом к лицу с его инстинктами, мы должны показать ему, что он их боится и от них защищается, а также объяснить ему, почему он это делает (Fenichel, 1953, p. 334).

Подчеркивая важность *защитных механизмов, связанных с объектами*, Сандлер, очевидно, занимает промежуточную позицию между традиционным для эгопсихологии анализом сопротивления и техникой интерпретации, свойственной школе Кляйн. Мы тоже исходим из предположения, что люди стремятся к обладанию объектами и изначально наделены интенциональностью. Одно из следствий этого заключается в том, что все бессознательные фантазии *связаны с объектами*, поэтому базовая тревога проявляется в контексте межличностных контактов. В первом томе (разд. 2.5) мы подчеркиваем положительное значение того, что М.Кляйн создала для аналитической работы четкие рамки анализа сопротивления. Однако впоследствии снова возникли споры и односторонние мнения. Связь между бессознательными фантазиями, тревогой и защитными механизмами стала фокусом типичных кляйнианских интерпретаций переноса. Проекция заменила вытеснение в роли первоосновы защитных механизмов, и понятие сопротивления вытеснением потеряло свое значение. Аналитик, применяющий технику кляйнианской терапии, работает, так сказать, за спиной сопротивления, поскольку возникающая при этом тревога открывает ему *прямой* доступ к предполагаемым бессознательным фантазиям. Таким образом, исчезновение термина «сопротивление» из обихода кляйнианцев имело под собой как теоретические, так и чисто технические причины. Это слово вообще отсутствует в предметных указателях, приводимых в соответствующих работах Кляйн и ее последователей (M.Klein et al., 1952; M.Klein, 1962; Segal, 1964; Etchegoyen, 1986). Лишь в некоторых из них, как, например, в книге Розенфельда (Rosenfeld, 1987), можно найти хотя бы упоминание о терминах вроде «негативная терапевтическая реакция».

Похоже, что в теории Кляйн из-за вневременного характера бессознательного ситуация «здесь-и-теперь» неотличима от прошлого. Вследствие этого кляйнианское понимание взаимоотношений, складывающихся в сиюминутной аналитической ситуации, сильно отличается от подхода Гилла, хотя оба они в равной степени отдают должное реальной ситуации переноса. Последователи Кляйн уделяют основное внимание тенденциям, которые воспроизводятся независимо от биографического контекста и проявляются как стремления и тревоги, связанные с объектами. Поэтому они, казалось бы, должны признавать, что все самое важное в анализе связано с терапевтическими взаимоотношениями. Однако, несмотря на это, кляйнианцы пренебрегают реальной стороной этих взаимоотношений, то есть реальными аспектами отношения пациента к аналитику: ведь с той точки зрения, что бессознательные фантазии и тревоги проявляются в переносе почти независимо от фактора времени, влияние аналитика на сопротивление пациента выглядит пренебрежимо малым. В противоположность школе Кляйн Кохут (Kohut, 1977) подчеркивал, что сопротивление *зависит* от *поведения* аналитика в данный момент, в особенности же оно усиливается при недостатке эмпатии со стороны аналитика. Ясно, что в этом вопросе мы полностью согласны с мнением Кохута.

Теперь рассмотрим регуляторную функцию сопротивления в связи с принципом самосохранения. В этом вопросе не могли не возникнуть недоразумения, поскольку Гроддек, Ференци, Ранк и Райх — все считали, что принудительное введение ситуации «здесь-и-теперь» в контекст анализа, о чем мы говорили выше, представляет собой форму влияния аналитика на динамику сопротивления и переноса. Нам представляется, что суть подобного вмешательства можно выразить вопросом типа «А как насчет меня?» или «Не правда ли, на самом деле вы говорите обо мне?». Во всяком случае, Рид (Reed, 1987) приводит именно такой пример: во время начального интервью с пациенткой, которая описала психологически травмировавшую ее операцию по удалению миндалин, аналитик-стажер (еще проходящий курс обучения) напрямую связал этот рассказ с собой, предположив, что на самом деле она говорит о нем. Одна из целей анализа действительно заключается в установлении подобий, но чтобы ее достичь, надо одновременно выявлять различия. Если аналитик задает вопросы, подобные упомянутым выше, чтобы форсировать установление переноса, то тогда почти невозможно определить степень его влияния на сопротивление пациента переносу в том смысле, о котором говорит Гилл. Такое ошибочное использование ситуации «здесь-и-теперь», то есть психической реальности, возникающей в настоящий момент, распространено очень широко. Подобные форсированные интерпретации пере-

носа в начальной стадии анализа отпугивают пациентов и могут заставить их бросить лечение, усомнившись, в своем ли уме их аналитик. На более поздних стадиях работы такая тактика интерпретирования затрудняет распознавание различных уровней терапевтических взаимоотношений и переноса, то есть выявление отличий «реальных» и «вновь возникших» аспектов этих отношений от тех, что являются следствием переноса и детерминированы прошлым пациента.

В противоположность описанному методу стимулирования сопротивления и переноса мы вслед за Гиллом можем порекомендовать аналитику тщательно исследовать и в конце концов проинтерпретировать *реальные* аспекты процессов, протекающих в аффективной и котнитивной сферах пациента, с тем чтобы определить меру своего собственного влияния на перенос и сопротивление. Другими словами, аналитик должен исследовать ситуационный аспект сопротивления. Вот общий знаменатель нашего подхода и воззрений Гилла, Клаубера, Кохута и Сандлера.

Самое главное — это вселить в пациента уверенность в том, что ему *нечего* бояться повторения его прежних неудач в новых для него взаимоотношениях с аналитиком. После этого он может отказаться от использования привычных защитных механизмов, как убедительно показали Вайс и Сэмпсон (Weiss, Sampson, 1986). Такой подход особенно плодотворен при работе с сопротивлением Супер-Эго. Если аналитик ставит своей целью укрепление у пациента чувства защищенности, он может испробовать различные способы терапевтического вмешательства, применяя широкий диапазон приемов плодотворного терапевтического диалога.

В качестве иллюстрации понятия регуляторной функции сопротивления может служить следующий отрывок из рассуждений Кремериуса об оптимальной тактике работы с пациентами, которые не могут свободно ассоциировать.

> Аналитик обязан хорошо представлять себе, какие усилия должен был затратить пациент в детстве и через какую внутреннюю борьбу должен был тогда пройти, чтобы успешно социализировать свои инстинкты и вместе с тем в какой-то мере сохранить их, оказавшись теперь в состоянии осознать свое поведение в ходе терапии... А когда это станет аналитику ясно, он поймет и то, что пациент не может позволить без помех проявиться тому, что когда-то он был вынужден вытеснить, чтобы уцелеть. Аналитик поймет, что пациент постоянно принимал меры предосторожности и привык к такому образу жизни. И тогда он сможет прочувствовать, чтó это значит — подвергнуть себя процедуре, суть которой состоит в возвращении вытесненного (Cremerius, 1984, p. 79).

Поскольку проявления сопротивления встречаются повсеместно, читатель может найти соответствующие примеры в любой главе этой книги. Мы хотели бы особо обратить ваше внимание

на примеры сопротивления переносу: с терапевтической точки зрения очень важно распознать эту форму сопротивления как можно раньше. В разделе 4.6 мы обсудим вопрос о личностном сопротивлении и его отношении к принципу самосохранения — тему, которая ставит аналитика перед техническими трудностями особого рода.

Период преувеличенного внимания к анализу сопротивления остался позади, как и связанные с этим споры между аналитиками. Наше понимание сопротивления основано на том, что защитные механизмы мы рассматриваем в контексте межличностных отношений. В этом смысле мы храним верность идеалистической утопии, согласно которой ограниченность личностного опыта и паттернов поведения, являющаяся следствием сопротивления, в принципе доступна анализу. Поэтому мы хотели бы, чтобы помещенные ниже примеры рассматривались с учетом нашей позиции. Это означает, что диалоги аналитиков и пациентов должны восприниматься в контексте того, что делают аналитики, добиваясь личностного роста и стремясь не допустить воспроизведения симптомов в разнообразных формах сопротивления и переноса.

4.1 Отказ от чувств

Нора X опоздала на свой 413-й сеанс — случай необычный. Я ждал ее в течение пяти минут и все это время напряженно думал о ней. С одной стороны, я был встревожен; с другой — ощущал в себе все возрастающее внутреннее напряжение с оттенком агрессии. Я был встревожен, так как у пациентки была склонность наносить себе вред, в частности она очень неосторожно водила машину. Когда она наконец появилась, я удивился, увидев, что она улыбается и сияет от счастья. Войдя в кабинет, она бросила на меня вопросительный взгляд, более долгий, чем обычно. Ее радость и мое недовольство резко диссонировали между собой.

П: Я запыхалась и все же опоздала. [Короткая пауза.] Но вот теперь чувствую — что-то не так. И сейчас я даже не знаю, что меня больше радует — то, что я опоздала и заставила вас ждать, или то, что случилось перед этим.

Она описала, как проводила время со своим приятелем. Они сидели в кафе и были так поглощены разговором, что она забыла про время. В конце нужно было заплатить, и пациентка вспомнила, что это было также темой последних нескольких сеансов. На последнем сеансе ее беспокоило то, что она часто надолго оттягивает моменты оплаты счета за анализ.

П: Вот что меня действительно занимает: мои последние слова перед тем, как уйти, были про оплату — мы как раз говорили об этом на предыдущем сеансе; и я думаю, это просто удивительно: последний разговор с моим приятелем был именно на эту тему, хотя до того мы говорили совершенно о других вещах.

Она говорила со своим приятелем о том, как ей трудно на работе с начальником. Она чувствовала, что эти конфликты были как «перепасовка мяча» (туда-сюда). Ту же перепасовку она ощущала со своим приятелем, когда, платя за кофе, они играли в странную игру «дать и взять». Мне показалось, что на первый план здесь выступил агрессивный аспект. Принимая во внимание ее опоздание и мое беспокойство по этому поводу, я провел аналогию между ситуацией вовне и ситуацией в анализе.

П: И сегодня... Я опять играю в эту игру, когда нужно сказать, что я думаю, я задерживаю оплату, и счета... Интересно, связано ли это с моим опозданием?

А: Хм, я думаю, что да.

П: Вы думаете, что да. Ну ладно, я отняла какое-то время у вас. Да, действительно я делю время не поровну — и я провела со своим приятелем немножко больше времени.

А: Мы недавно говорили о вашем желании уделить время приятелю, а сегодня моя очередь.

П: Да, забавно.

А: И поэтому у вас был сияющий вид, когда вы пришли.

Я поделился с пациенткой своим впечатлением от ее прихода, чтобы она поняла, как много удовольствия получила от того, что опоздала и «отыграла вовне» агрессивные импульсы.

П: [Со смехом.] И честно говоря, это дает мне чувство «запретного удовольствия».

В этом незаконном или запретном удовольствии были переплетены аффект и поведение: отвергаемая агрессия пациентки проявилась и в ее удовольствии, и в том, что ее поступок отразился на наших отношениях.

А: Да, это понятно, вы позволили себе получить это удовольствие. Но я не уверен, видите ли вы также и его последствия.

П: Ну да, вопрос «А что мне это дает?» — один из тех, какими я не задавалась раньше. Но когда я задаю его сейчас, я думаю, что, поступая таким образом, добиваюсь вашего внимания, потому что вы, наверное, размышляли: «Почему она задерживается?» — или что-то в этом роде, и еще я думаю, как я реагирую, если кто-нибудь опаздывает. Это меня очень огорчает.

А: Хм, и вы совершенно в этом уверены.

П: В том, что это огорчает меня. Но то, что это огорчает других, этого я не хочу знать.

А: Источник вашего удовольствия как раз в том, что вы можете огорчать людей внешне невинным образом.

Здесь можно было бы обратиться к чувству вины пациентки как к причине того, что она вынуждена отвергать аффекты, но, похоже, еще не настало время сделать этот шаг, и пациентка продолжала говорить о чувстве злости.

П: Я вспомнила, что на прошлой неделе мой приятель трижды заставлял меня ждать. В первый раз я ничего не сказала, хотя он сам коснулся этой темы. И во второй раз я ничего не сказала, только на третий. Так что я прекрасно знаю, что это такое — ждать. Но все-таки, как я уже сказала, я позволяла ему это... Почему?

Пока пациентка говорила, она забыла, как уже внутренне отвернулась от своего приятеля. Хотя это мгновенное забывание (см.: Luborsky, 1967) и представляло собой интересную деталь дистанцирования пациентки, в своей следующей интерпретации я все же реконструировал то, что произошло, в связи с ее опозданием, так как хотел проинтерпретировать произошедший у нее сдвиг от пассивной позиции (как жертвы опоздания других) к активной (ее собственное опоздание).

А: В эти выходные вы сами вынуждены были ждать, и вы злились потому, в частности, что были в пассивной позиции жертвы. А сейчас вы как раз сделали то, что мы видели уже не раз, а именно: вы поменяли роли и заставили ждать меня. Вы сказали себе: «Я не хочу, чтобы кто-нибудь поступал так со мной, и я сама поступлю так с кем-нибудь другим». Так вот вы боретесь с чувством обиды. И в действительности выходит, что своим опозданием вы спровоцировали и мою, и свою собственную злость.

П: Хм. [Короткая пауза.] Может быть, как раз смысл заключается в том, чтобы провоцировать злость — чтобы на меня злились.

Затем пациентка рассказала, что она все же поговорила со своим приятелем о его опозданиях, но понадобилось долгое время, прежде чем она смогла преодолеть внутренние запреты и выразить свои чувства. Осознание пациенткой того, как она вела себя со своим приятелем, позволило ей понять, как она поступает с агрессивными импульсами, как она трансформирует эти импульсы в действия, и я обратил ее внимание на ее поведение в анализе.

А: Вы говорили о «давать» и «брать», но на самом деле речь идет о провоцировании злости других людей на вас и вашей собственной злости на других. Конечно, эти вещи сильно связаны между собой, ведь вы знаете, что злитесь, когда не получаете того, чего ожидали, будь то время или деньги. И вы предполагаете, что я реагирую, думаю и чувствую точно так

же, а именно что злюсь, когда не получаю того, чего ожидаю. И ваше желание спровоцировать злость отражается в ваших действиях; ваш смех и счастливое выражение лица показывают, какое запретное удовольствие вы получаете от того, что злите меня. И вы можете получать от этого такое удовольствие, потому что сами злости не чувствуете, так же как вы не злились и на своего приятеля.

В ответ на эту интерпретацию пациентка еще раз описала то, как происходило ее общение с приятелем, на этот раз сделав больший акцент на агрессивном характере «перетягивания каната». При этом она сделалась еще веселее и смешливее.

П: [Со смехом она процитировала своего приятеля.] «Ну хорошо, если ты опять это скажешь, ты у меня получишь!» [И она выразительно хлопнула в ладоши.] Шлеп.

А: Это звучит так, как будто вы шлепнули друг друга. Сначала один шлепает, потом другой. [Пациентка сдержанно подтвердила это.] И я тоже получил шлепок. [Пациентка засмеялась.] И вы этому рады.

П: Да, очень рада. Я почему-то не хотела, чтобы вы лишили меня этого удовольствия. Такое чувство, что его уже нечего скрывать.

После того как пациентка осознала неосознаваемое ранее удовольствие, которое она получает от того, что ведет себя агрессивно, следующим шагом (и в отношении ее наиболее важных взаимоотношений вне анализа, и в отношении переноса) должно было быть установление связи с ее основной проблемой (разрывание отношений).

А: Да, вы получаете удовольствие, используя одного человека, чтобы доставить удовольствие другому. Сегодня вы использовали ваш спор с приятелем, чтобы удовольствие получил я. Вам трудно оставаться наедине с человеком и говорить с ним о том, что вас волнует. Вы ищете кого-то другого, чтобы он получил то, что заслуживает первый. Это характерно для ваших отношений с людьми: вместо того чтобы сконцентрироваться на ком-то одном, вы берете свои чувства и идете к следующему.

П: [Тихо.] Потому что это забавно.

А: Да, это приносит вам удовольствие, но это также делает вас несчастной.

П: У меня такое чувство, что удовольствия-то никогда и не было. Поэтому я и сказала, что важно позволить себе рассмеяться, потому что иначе я спрячу свой смех. Я не чувствую никакого удовольствия и счастья, мне всегда только грустно. Грусть всегда появляется сразу, а за нею ничего не следует.

А: Важно и то, и другое. Огорчение — это одна сторона, и она вам яснее; а ваше тайное запретное удовольствие от подо-

бного способа мести не было до сих пор предметом нашего обсуждения.

Я обратился к дружеским отношениям, которые были у пациентки раньше. Она не осознавала своей собственной агрессии в них, она ощущала свою агрессию только в общении с людьми, ей не близкими.

А: Теперь мы видим, какое большое удовольствие вы получали от того, что, попросту говоря, плохо обращались с мужчинами. Вы плохо обращались со мной, когда радовались, что заставили меня ждать; и вас стал разбирать смех, когда все это выявилось.

П: Да, но это что-то новое. Мне всегда бывало грустно, и все на этом кончалось.

В следующей серии комментариев я дал длинную, обобщающую интерпретацию, в которой связал, с одной стороны, крушение имевшихся ранее надежд и после этого переход от пассивности к активности (как средству избежать пугающей ее травмы) и, с другой, агрессию как результат. Отдельные звенья этой цепи, которые не обсуждались на этом сеансе, были уже раньше выявлены в предыдущей работе. В конце этой обобщающей интерпретации я затронул аспект переноса в таком поведении.

А: И чтобы избежать этого разочарования и не огорчаться, вы все выворачиваете наизнанку и не даете мне того, чего, как вы думаете, я ожидаю. Поступая таким образом, вы делаете со мной то, что сами считаете для себя болезненным.

П: Забавно, что я всегда задумывалась об окончании сеансов. Меня злило то, что вы говорите: «Наше время кончилось».

А: Да, я обижаю вас, когда говорю так, и теперь вы перешли в контрнаступление. Но в результате ситуация не становится лучше, а из-за вашей злости сеанс даже укорачивается. И это неизбежно при таком способе поведения — ваша реакция не улучшает ситуацию, а только ухудшает.

П: Внутренне я даже прилагаю усилия для того, чтобы время казалось короче, потому что, когда я только начинаю чувствовать, что приближается конец сеанса, я думаю: «Когда вы это скажете, когда скажете?» А недавно я вдруг поняла, что мои мысли витают уже где-то далеко. Будто я хочу просто игнорировать свое огорчение. Я сейчас как раз подумала, что так я хоть получаю пусть небольшое, но все же удовольствие от своего мысленного ухода, и тогда это не так болезненно.

А: Вы становитесь активной, что, с одной стороны, дает вам приятное чувство контроля, но, с другой стороны, ставит вас в невыгодное положение, так как вы получаете даже меньше.

П: Да, и я тогда не могу сконцентрироваться, эмоционально не включаюсь; с одной стороны, это приятно, но, с другой, это потеря, так как теряется интенсивность.

А: Верно, и здесь мы видим в миниатюре образец того, как вы организуете ваши отношения, потому что в тех случаях, когда ваша дружба могла стать более интенсивной, вы всегда вели себя так, чтобы прекратить ее первой. По той же самой причине, по которой вы внутренне первая заканчиваете сеанс, а именно из-за страха, что кто-то другой может причинить вам боль, сказав: «А сейчас — конец». И делая это, вы активно повторяете нечто, вероятно, когда-то происходившее с вами в жизни.

П: Да, уж в этом случае я знаю, что наступает конец. А в отношениях всегда этого боюсь.

А: В этом и заключается ваша проблема. Вам трудно дать отношениям развиваться по-другому; вы всегда сами рвете их, когда они становятся интенсивными.

П: Секунду назад я думала на самом деле не столько о расставании с отцом, сколько о том, как мы общались с матерью.

Остаток сеанса пациентка подробно говорила на эту тему и связала ее с тем, как обычно вела себя ее мать.

Используя в качестве зацепки опоздание пациентки, мы смогли прояснить ее мазохистские реакции в отношении отвержения и сепарации и проработать их в переносе. В ходе сеанса мы рассмотрели возникновение желания и разочарование, затем переход от пассивной позиции к активной и, наконец, к защитной агрессии. Мы смогли проследить эту последовательность в ее жизни вплоть до отношений пациентки с матерью.

Если мы, следуя за Клаубером (Klauber, 1966), сформулируем ведущие элементы сеанса в терминах тревоги, защиты и проигрывания, то можно сделать следующее резюме. Первичная тревога пациентки была связана с тем, что ее чувства целиком овладеют ею и выйдут из-под контроля. Поэтому ей необходимо было отрицать их. Давать и отбирать в этом контексте было приятной, но в то же время и тревожной игрой, которая обязательно кончается болезненно, потому что пациентка интернализовала ожидание того, что ее желания не будут удовлетворены (например, желание добиться внимания). Ее первичной защитой являлся отказ от чувств и «отыгрывание вовне» агрессивных импульсов. Таким образом, она проигрывала предполагаемое разочарование, которое активно провоцировала неосознаваемым до сих пор образом.

4.2 Псевдоавтономия

Конечно, каждый предпочел бы анализировать пациентов, которые независимы, однако нельзя не учитывать и тех трудностей, которые могут возникать, если пациенты стремятся все делать самостоятельно.

С точки зрения психологического лечения и развития преобладает явная тенденция рассматривать независимость как нечто явно позитивное и зависимость как нечто явно негативное. Позитивный аспект независимости приводит, по-видимому, к тому, что упускается из виду аспект негативный, и этот позитивный аспект способен маскировать невротические остатки. Таким же образом негативный аспект зависимости ведет, по-видимому, к тому, что скрывается позитивный, и критика зависимости может равным образом служить сокрытию патологических тенденций и защит (Racker, 1968, p. 181).

Вопрос о независимости связан также и с тем, как проводятся аналитические интервью. Очень ранней особенностью клинического описания разных форм сопротивления было то, что отклонения от идеального диалога относили к категории защиты; это не зависело от того, как определялась идеальная форма, и от направленности отклонения. Кремериус верно отметил, что необходимо уточнить критерии, по которым мы судим о том, что пациент говорит слишком много:

Дело в том, что это «слишком много» является скорее чем-то качественным, а не количественным, то есть утверждением, что в этом случае говорение, и особенно многословие, поддерживает защиту и сопротивление (Cremerius, 1984, p. 58).

Мы хотели бы использовать следующий пример, чтобы проиллюстрировать, как можно в спокойной и сдержанной манере общаться с пациентом, который говорит слишком много. Ведя себя таким образом, аналитик дает «пациенту время лучше узнать тот вид сопротивления, который не был ему знаком, чтобы *проработать* и преодолеть его...» (Freud, 1914g, p. 155). Пример взят из сеанса успешно продвигающегося анализа с 35-летним пациентом Густавом Y, работе с которым мешало трансферентное сопротивление в форме упорного молчания (см. также: Moser, 1962). После того как были проработаны выраженные в этом агрессивные импульсы, у пациента развилась вышеупомянутая псевдонезависимость, которая проявилась в том, что его высказывания, несмотря на их, казалось бы, реактивный характер, стали, по сути, монологами.

Сначала пациент в форме вопроса сказал мне, что хотел бы закончить сеанс «немного пораньше», чтобы успеть вовремя встретить детей. Он объяснил это тем, что из-за интенсивного

движения на дорогах по пути на сегодняшний сеанс у него произошло опасное столкновение.

П: По дороге сюда я попал в жуткий переплет. Кто-то ехал за мной, потом обогнал меня и рванул вправо... и вот машина с другой полосы едет мне навстречу, а мне некуда деться. И затормозить было непросто, потому что на дороге были сплошные лужи... дело было в каких-то сантиметрах — ему просто удалось проскочить прямо передо мной, ну, в общем, я никогда не хочу рисковать. Понятно, что если едешь и знаешь, что времени мало, то просто едешь чуть-чуть быстрее, чем нужно.

Пациенту нужно было 35—40 минут на дорогу. И он попросил, чтобы мы закончили на пять минут раньше.

П: [После паузы.] Да, с этим еще связано и то, что я что-то читал в газете как раз перед тем, как выехать сегодня из дома, о том, что вчера была... я не знаю, было ли это... только... В-30 [марка машины] как раз перед выездом на этот... более широкий участок дороги... что вчера там произошла серьезная авария и одна женщина умерла в больнице, а трое-четверо получили серьезные ранения... хм... и я думал также о том, какие у нас сейчас дороги, вообще на дорогах сухо, и я подумал почему-то: «Сейчас можно снова ездить нормально», — и, хотя у меня было достаточно времени, я все-таки ехал довольно быстро... я имею в виду этот участок дальше, где можно ехать со скоростью 80 миль в час, то есть я знаю, что мой спидометр показывает меньше, то есть я думаю, было 90 миль в час... но как раз перед этим я сообразил, что сейчас буду проезжать то место, где это случилось, и посмотрел, но ничего не увидел и тогда понял... и тогда у меня промелькнула мысль, что это точно... такое, должно быть, чувство... говорили, что эта... эта машина, из-за которой произошла авария, ехала из Хейльбронна, она ехала в... ее занесло на углу, она перевернулась и лежала на дороге, а другая машина ударила ее сбоку и... ну, в общем, свекровь этого водителя была так серьезно ранена, что потом... потом умерла. И вот я как раз думал, когда проезжал это место, что чувствует тот, кто попал в аварию, если тот, кто был с ним в машине, погиб или если из-за меня случилась бы авария и тогда бы другие люди, я имею в виду в другой машине, погибли, да.

Некоторое время пациент продолжал «свободные ассоциации» в том же духе. Он вспомнил, что, когда ехал вчера на сеанс, почувствовал усталость и вынужден был остановиться.

П: Я думаю, что само по себе... я думаю, что действительно... здесь тоже, в нашем разговоре, как раз этот... вопрос играет

роль, да, это... как раз из-за дорожных условий существует опасность, а я, по существу, об этом и не сказал.

А: Угу.

Комментарий. Пациент вводит другие ассоциации, чтобы показать риск, связанный с его поездками на сеансы. Затем пациент обнаруживает связь с предыдущим сеансом, темой которого была косвенная опасность лечения, то есть опасность, исходящая от аналитика.

П: Может быть, потому, что я тогда как-то сразу... отступил на эту позицию и что-то... ну, а почему нет... я имею в виду, что я... или в том смысле, что этот... этот ли стресс или другой, я должен... просто взять это на себя, да.

А: Чего вы избегаете, беря все это на себя?

П: [После паузы.] Да, возможно, это каким-то образом является другой стороной этих неприятных и... и... и тягостных... но также и некоторой приятной стороной лечения, что тогда именно я чувствую, хм, что как раз здесь я могу сам решать, что я хочу делать и хочу ли я что-нибудь делать, то есть что я... ох... хотя это не совсем верно, это не ясно до конца, ну, что я хочу этого избежать, сейчас как-то... скажем... что сейчас... это будет слишком патетически звучать... ох... сейчас как-то, что-то вроде жалости или чего-то в этом роде... к примеру, что сейчас вы покажете каким-то образом, что понимаете меня, что это трудная ситуация, или опасная, или что-то в этом роде.

А: Угу.

Комментарий. Пациент смог кое-что извлечь из слов аналитика для собственных целей, а именно то, что он не хотел, чтобы аналитик слишком с ним сближался, и поэтому, как и на предыдущем сеансе, заговорил об опасности.

П: И это как-то... и здесь как-то... я думаю, но я... но это просто не... очень еще ясно мне, что... ох... прежде всего, если я... ох... если я действительно не хочу этого, если я только... если я действительно хочу это делать один или если это еще просто... избегание всякой... ну... всякой личной близости или всего, что в такой форме выражается. Это... у-у... это не так... не так понятно... и я думаю, что моя [прокашливается] мысль, рассматриваемая теперь с этой точки зрения, заключается в том, что я сам... что я хочу все решать сам, сказать, например: «Нет, я не хочу этого делать, это слишком рискованно для меня» — или что-то в этом роде, да, и это... и тогда я бы хотел как-то... хм... сам принимать решение без... например...

без того, чтобы здесь... ох... получать разрешение. Да, это... это тоже частично верно.

А: Да, это означает, что независимость очень важна для вас, и вы сами ставите вопрос: «Первична ли она или, может быть, эта независимость сама является следствием чего-то другого?» Возможно, вы отказались от каких-либо ожиданий, и этот акт отказа от ожиданий был шагом к независимости. Сейчас вы независимы от меня, безотносительно к тому, говорю ли я вам что-то полезное или свидетельствующее о моем понимании или не говорю. Теперь вы являетесь — и это образ, который сопровождает нас уже долгое время, — героем, который один идет по опасному пути.

В этой фазе лечения у него часто появлялись фантазии о герое вестернов, который приходит на помощь вдовам и сиротам только с тем, чтобы в конце отклонить предложение спасенной женщины и двигаться дальше.

П: Да, это действительно... несколько минут назад это... скажем... пришло мне в голову, и именно сейчас то... то, как я... хм... как я веду себя с женой: я отдаляюсь и поддерживаю только формально вежливые отношения.

И затем он рассказал, как его жена жалуется, что он отвергает ее стремления к интимной близости.

П: Но, с моей точки зрения, мне действительно это не нужно в данное время... сексуально... я действительно ни в чем не нуждаюсь, и у меня нет никаких потребностей.

Затем Густав Y сформулировал, что он хотел бы с женой только спать, если она не будет никак затрагивать его независимость.

П: Нет, это действительно правда, я в данный момент особенно чувствую свою силу... хм... да... как бы мне сказать... я просто хочу, чтобы меня оставили в покое. Люди не должны досаждать мне такими вещами. И сейчас так и получается, может быть, потому, что я так все организовал, но я действительно чувствую себя довольно хорошо... хм... в ситуации или по меньшей мере... или, может быть, я... подавил в общем и целом другие свои желания и потребности... вот.

А: Угу.

Комментарий. Конкретная форма проявления его мечты о героизме в повседневной жизни показала, что пациент предпочитал подавлять свои сексуальные потребности, дабы избежать неприятного положения близости с женой. Его детство было омрачено длительным отсутствием отца (который находился в плену и был освобожден, когда пациенту было десять лет), и поэтому он — «единственный мужчина в семье, оставшийся в живых», — был избалован и опекаем в основном женским окру-

жением. Его детство сопровождалось постоянными жалобами беспокоящихся о нем женщин. И именно этого он не хотел бы сейчас услышать от аналитика. В его понимании, разговор об опасности на дорогах и опасности, связанной с фаллическим удовольствием, мог только служить прикрытием упреков в его адрес.

П: Нет, и, естественно, сейчас тоже... когда... не когда я... когда моя жена каким-то образом... обвиняет и... говорит мне, что она меня ненавидит или что-то еще, я, правда, реагирую так: «Да, ну хорошо, да, ну что ты хочешь, в конце концов, будет лучше, если... ну... мы ограничим наш контакт практическими вещами, и тогда каждый сможет делать то, что хочет».

А: Самое главное заключается в том чувстве, которое вы выражаете фразой: «А в чем дело?», в том, как вы пожимаете плечами и думаете про себя: «А что мне сказать по этому поводу? Действительно, в чем дело?» Это почти как будто вы ставите сами себя в ситуацию, которую представляли в фантазии, — об аварии, происшедшей накануне, и потом нажимаете на газ, а потом — то, что происходит потом, — это действительно выражается в словах: «А в чем дело?» Вы почти что убиваете себя. Позволяя сделать это кому-то другому. Но вероятно также, что у вас была возможность увидеть другую машину... м-м... немного раньше, и это «немного» уменьшило бы опасность.

П: [После паузы.] Да, хотя... да, конечно, что касается всей ситуации в целом, хотя я... хотя я не... хотя это не совсем понятно, то есть то, что я сейчас рассказал про вчерашний день. Я сказал, что это случилось, когда я ехал сюда, это так... и поэтому это не может... хм... скажем так... быть непосредственной реакцией на то, о чем мы говорили.

Комментарий. Интерпретация, которую предложил аналитик, сразу выбила пациента из колеи, и поэтому прежде всего он был вынужден все отрицать. Но тем не менее, по контрасту с более ранними фазами анализа, вслед за этим он все-таки разрешил себе продуктивную ассоциацию.

П: Да. Да, но... это... сейчас я, кажется, начинаю даже лучше понимать. Такие фантазии появляются именно в тот момент, когда их можно частично использовать... Да, чтобы я смог выйти из повседневной жизни в небольшую аварию, кроме того, если подумать о работе... Да, попасть в больницу с несерьезной травмой или чем-то еще и как-то обрести там тишину и покой, чтобы прийти в себя. Верно? И поэтому это еще... я имею в виду, что... это еще указывает на то, что... здесь кроется какое-то желание или что-то такое.

Комментарий. В ходе лечения пациент сумел преодолеть регрессивную идею о том, что он болен серьезной формой туберкулеза, преодолеть по крайней мере до такой степени, что для того, чтобы «выйти из повседневной жизни», ему стало хватать «небольшой аварии».

Затем пациент отметил важное позитивное наблюдение относительно самого себя о том, как он спокойно выполнил определенную задачу, которую перед ним поставили, «с гораздо меньшей нервотрепкой, чем раньше», и что он был поражен собственным великодушием. В воображаемых диалогах пациента с другими людьми всегда присутствовал критический элемент с их стороны: «Боже мой! Когда люди это прочитают, они подумают: "Ну и любитель же вы строить планы!"» До определенной степени пациенту удалось избавиться от подобных негативных ожиданий.

П: Я сказал себе: «Зачем обременять себя такой работой. Это совершенно не имеет никакого смысла. Если не выйдет, то никто не сможет снова все наладить». Вот, и теперь я собираюсь относиться к работе таким образом. Готовлюсь я даже меньше, чем обычно, но потом не упрекаю себя так сильно.

А: Вы отбросили определенные ожидания, связанные с самим собой, и таким образом облегчили свое положение.

П: Ну да, то есть это, конечно, тоже противоречие. Если я действительно не буду возводить это в абсолют и скажу себе «ничего страшного», то ведь это будет вразрез с моим желанием всего сразу избежать. По крайней мере сейчас я еще вижу некоторое противоречие, но считаю, что, конечно, я просто сразу не подумал, что эти домашние проблемы имеют такое значение. Тогда я не смог бы их и ощутить, ведь верно?

А: Вам нужно осознать, что, когда вы в первый раз говорили о дополнительных заданиях на работе, за этим стоял некий вопрос, а именно: «Почему начальник поручил это *мне*, почему именно мне, а не другим?» И здесь был некий подтекст: скажет ли он это? На самом деле это было ожидание похвалы. А это «ничего страшного» могло быть вашей реакцией на разочарование, уходом в безразличие, и аналогичным образом здесь ваши слова «ничего страшного» могут быть тоже реакцией на разочарование. Стало быть, говоря «ничего страшного», вы делали себя независимым.

Комментарий. В предыдущей интерпретации аналитик пытался указать пациенту причину его псевдоавтономии. Пациент не хотел разочароваться в своем желании получить признание, а имел вместо этого лишь новое беспокойство. Дома его, конечно,

хвалили за хорошие отметки, которые он получал в школе, потому что он был единственным объектом любви и заботы его матери, однако она не поощряла развитие его двигательных способностей. В подростковом возрасте он бегал по кругу, как бегун на длинные дистанции, когда его никто не видел, а мечтал о победах в забегах на 100 метров при массе зрителей на трибунах.

Основным аспектом переноса в данном случае была попытка пациента не замечать своей потребности в подтверждении того, что его путешествие по «жизни» опасно. Ретроспективно можно сказать, что этот аспект не проявился достаточно явно. Вмешательства аналитика были направлены на сопротивление, скрывавшее желание пациента быть зависимым.

4.3 Неудовольствие как сопротивление Оно

Для лучшего понимания этого раздела мы советуем читателю вначале обратиться к разделу 9.3, где мы даем резюме случая Кристиана Y и описываем внешние обстоятельства времени и места, при которых происходил анализ. После того как пациент сумел преодолеть тревогу, связанную с сепарацией (в разделе 9.3.1 мы приводим пример этого, взятый из 203-го сеанса), стало возможным продолжать лечение амбулаторно, начиная с 320-го сеанса. На 503-м сеансе его неудовольствие и бессилие достигли высшей точки. Он едва мог дойти до моего офиса. Никакие приятные занятия не приносили ему удовлетворения и нисколько не увеличивали уверенности в себе.

На этой фазе лечения его симптомы заключались в крайней степени снижения жизненного тонуса, что проявлялось само по себе в неспособности работать, в лени. Долгое время его лень, сильно мучившая его, чередовалась с сильными приступами страха, которые мешали ему быть активным и работать.

С позиции описания мы относим это всеобъемлющее неудовольствие пациента к сопротивлению Оно, происхождение которого мы, однако, не можем проследить до «инерции» или «вязкости» либидо (Freud, 1918b, p. 116; 1940, p. 181; см. также т. 1, разд. 4.4). И действительно, на двух приводимых здесь сеансах отсутствует какое-либо продвижение, что было типично для этого периода лечения. Аналитик безнадежно пытался както осмыслить монотонные жалобы пациента на полную неспособность доделать что-либо до конца. Он рассматривал апатию пациента как проявление почти непреодолимого сопротивления, в котором присутствовало скрытое и полностью бессознательное удовольствие от анальной злобы и от сопровождающей ее регрессивной уверенности в себе. Пациент был, конечно, далек

от осознания силы, таившейся в его пассивности, и от наслаждения своим триумфом. Его настроение менялось от одной крайности к другой, однако тревожный фон оставался неизменным и не зависел от того, выражал ли Кристиан Y свою ярость открыто, или же она оставалась закамуфлированной его пассивностью и самодеструкцией. Тем не менее тревога все же препятствовала тому, чтобы прекратить лечение или покончить жизнь самоубийством. Он тайно готовил круговые диаграммы и программы, чтобы затмить своего отца, но мечты его о всемогуществе рассыпались, стоило ему взглянуть на свои достижения реалистически. Чем большего он шаг за шагом достигал в жизни, тем очевиднее становилось, что его центральная проблема в анализе заключалась в расхождении с его субъективным взглядом на себя самого.

Как видно из приводимого ниже отрывка 503-го сеанса, Кристиан Y настойчиво придерживался той мысли, что он сможет стать трудолюбивым, только если таковым его сделает аналитик. Он ожидал, что действия аналитика дадут ему жизненный тонус и сделают его активным.

П: Я всегда боялся действовать кому-нибудь на нервы или оказаться слишком наглым. Я обычно нервничаю, уже когда прихожу сюда, и поэтому не могу выносить никакого дополнительного стресса, каким бы незначительным он ни был. Я начинаю, как мне хочется, а вы всегда доводите меня до злобы. Чего вы пытаетесь достичь? Мне скучно говорить о злости, потому что в данный момент меня интересует, как стать работоспособным, а я не вижу никакой связи между злобой и ленью, и мне кажется, что не обязательно говорить о злости, потому что она включает в себя и ярость, а ярость — это уже совсем другое, она все еще не проходит. Но ведь должна же быть какая-то причина тому, что вы все время возвращаетесь к злости. В чем дело? Почему вы ничего не говорите?

А: [После паузы.] Существенный момент здесь — блокировать непосредственное удовольствие и лишить другого человека способности действовать. То, что вам вчера удалось проследить.

П: Нет, я ничего не понимаю. Совсем не интересно получать удовольствие от злобы, потому что я действительно не хочу снижать темп нашей работы. Я пытаюсь о чем-то рассказывать. То, что мне нравится, — это когда вы молчите, как будто я беру контроль в свои руки, это совсем не интересно. Важно не упускать из виду, что я не делаю того вывода, что вы не можете мне помочь. Иначе ничего не останется. Мне кажется, мы опять потеряли время, и это меня расстраивает.

Я хочу двигаться вперед, например стать работоспособным. Почему мы об этом не говорим, совсем не говорим? Я не хочу лезть из кожи вон, я боюсь сделать что-нибудь глупое. Почему вы мне не помогаете? У меня не может быть своих собственных мыслей, своего собственного мнения; я всегда зависел от того, что подумают другие. Почему я боюсь, что меня будут критиковать? Мне кажется, что то, что я делаю, — это полная чепуха. Я говорю, думаю, делаю что-нибудь — чепуха, не более того. Интересно, почему мне не хватило бы вашего одобрения? А мне это не важнее, чем одобрение других людей. А кроме того, я не хочу ничего делать ради вашего одобрения, потому что это именно то, от чего я не хочу зависеть. Мне совсем не помогает то, что вы меня одобряете в целом, это слишком расплывчато. Это мне не помогает; я все равно боюсь, что все чепуха — все, что я делаю, где хожу или стою, к чему прикасаюсь, о чем думаю; каким-то образом все, что бы я ни сделал, действительно оказывается чепухой. Я ужасно боюсь ошибиться. Боюсь, что надо мной будут смеяться или рассердятся. Но я всегда буду совершать ошибки, и то, что я делаю, никогда не будет совершенством, и поэтому всегда нужно рассчитывать на нечто неприятное. С другой стороны, я никогда ни с кем не могу вступить в конфликт, и это меня злит. Я могу только уступать, соглашаться, но я этого не хочу. Если вы не поможете мне преодолеть это, то все останется как было.

А: То есть вы боитесь, что если я вам ничего не дам, не окажу никакой помощи, то вы не сможете ничего делать сами.

Примечание. Это была попытка показать пациенту, что он может быть независимым, хотя я на это только осторожно намекнул. Такая осторожность частично была связана с тем, что все, что бы я ни сказал, ни предположил или сделал, оказалось бы «неправильным». С другой стороны, я знал по опыту, что Кристиан Y не мог выносить долгого молчания. Ему нужно было получать подтверждение себе в моей реакции. Это можно видеть и по его первой реплике на этом сеансе: «В чем дело? Почему вы ничего не говорите?» Храня молчание, я мог сделать его беспокойство невыносимым. В то же время все то, что я мог сказать, делало меня объектом его едкого критицизма. Он выучивал в это время мои комментарии наизусть, и я тогда не отдавал себе отчета в том, что это дает ему поддержку.

П: Да, именно так и есть. И меня это не пугает — это так. А может быть, вы дадите мне другую интерпретацию? Если от вас мне нечего было бы ждать, если бы я мог отстраниться, то откуда тогда моя тревога? Тогда о чем идет вообще речь? Я вас не могу понять. Послушайте, как я могу преодолеть свой страх во всем, что я делаю? Я прихожу сюда, испыты-

вая страх, вы ничего не предлагаете мне, и я все так же несчастлив из-за того, что не получил ничего нового. Сейчас, например, я уже жду с нетерпением отпуска, потому что мне не придется каждый день опасаться, что, приходя сюда, я трачу попусту время.

А: Да, вы действительно ждете того, что какое-то время не должны будете приходить сюда.

П: Просто глядя на это с одной стороны.

А: Настоящее удовольствие.

П: Но здесь есть и некоторая злость. Я отворачиваюсь от вас в ярости и принимаю такое невыгодное положение.

А: И это приводит вас к мысли, что если я вам ничего не дам, то вы ничего и не получите. Вероятно, мое молчание превращается у вас в ощущение, что мне нечего вам предложить. А почему у вас у самого ничего нет?

Примечание. По-видимому, этот вопрос отразил мою беспомощность. Косвенного одобрения ему было недостаточно, и мне не оставалось ничего другого, как смириться с тем фактом, что я делаю что-то неверно.

П: Тогда дайте я попробую задать вопрос. Могли бы вы сказать, чтó я получил от сегодняшнего сеанса? Или от вчерашнего? Можете мне сказать?

А: Да, это хороший вопрос — что же такое польза.

П: Польза — это когда я лучше могу решать проблемы, польза — это когда у меня меньше тревоги.

А: Если вы узнали, что чем-то обладаете и это получено не от меня, то, значит, от сегодняшнего сеанса есть польза.

П: У меня нет ничего, я просто боюсь, слишком боюсь.

А: Вы имеете в виду, что существует связь между моим молчанием и вашим страхом.

П: За весь сеанс вы не сказали ничего полезного в связи с моими страхами. Если я все еще боюсь выглядеть дураком, то, значит, я не получил никакой пользы.

А: То, что происходит здесь, является примером нарушения вашей работоспособности. Если я не ссылаюсь сразу же на то, что вы сказали, или не подтверждаю это косвенно, то вы немедленно делаете вывод, что все, что происходит, — это полная чепуха, что это не имеет никакого смысла и что ничего не произойдет, пока я чего-то не сделаю, пока я не внесу свою лепту, ничего из этого не получится.

Примечание. Кристиан Y был крайне зависим от принятия его другими. Он упомянул в другом контексте, что мать чрезмерно его любила и баловала, и это привело в результате к ощущению неполноценности, заключающейся в том, что он все еще неспособен быть таким, каким хочет. Но тем не менее я чувствовал, что могу ожидать инициативы с его стороны. Его непол-

ноценность была атипична, вызвана избытком добра. Иными словами, добро превратилось в ложное Я. Кем же пациент хотел быть, оставалось загадкой.

П: Да-да.

А: До тех пор, пока я не внесу свою лепту. Тот факт, что вы быстро падаете духом, когда пробуете что-то новое, является частью нарушения работоспособности.

П: Я все же не могу согласиться с этим. Я ничего еще такого не сделал, я только описал некоторые из своих страхов. Я ничего не пытался решать, потому что знаю, что не могу, и потому что не представляю себе как; и я не думаю, что можно просто переходить от одного к другому. Я задал вопросы и вообще не получил никакого ответа. Это ощущение разочарования, потому что от ответов на эти вопросы зависит, буду ли я продолжать бояться или страхи уменьшатся. Это правда, и вести себя так, как будто бы я не боюсь, означало бы заниматься самообманом, потому что на самом деле я боюсь. Просто вот так разговаривать — это не может принести никакой пользы. И я никак не понимаю, какую пользу я должен был получить от сегодняшнего сеанса. Вы ничего не сказали о моих страхах, а говорите, что в какой-то момент что-то сказали, но это была неправда.

А: То есть если я ничего не говорю, то вы чувствуете страх?

П: Я еще до этого начинаю бояться.

А: Да, я знаю, но сейчас существенно, что вы чувствуете страх, если я ничего не говорю.

П: Сначала я злюсь, а потом, наверное, я пугаюсь.

А: То есть то, что вы злитесь, пугает вас еще больше?

П: Мы теряем время, и я не понимаю, чего вы пытаетесь достичь.

А: Если я ничего не делаю, то тогда вы думаете, что вы тоже ничего не можете сделать.

П: Да, это так и есть; ну, конечно, не совсем ничего, но слишком мало.

А: То есть если мне нечего внести, то и вам нечего.

П: Да, именно так. Я думаю, что это так и есть, потому что из-за этого мне становится так плохо.

А: Да-да.

П: И пока я себя чувствую плохо, мне нечего внести.

А: К этому нужно очень серьезно отнестись. Связь настолько тесная, что выходит, у вас есть что-то хорошее только в том случае, если у меня есть то же самое, и тогда мы можем соединить наши доли вместе. А если вы делаете что-то один, то это, так сказать, чепуха до тех пор, пока я не внесу свой вклад и все это можно будет объединить.

П: Но я ничего такого не нахожу, и поэтому мне все это кажется чепухой. И поэтому я думаю, что я прав, может быть, я выгляжу упрямым, а может, я слишком глуп, чтобы все это понять, — я вас не понимаю. Я мог бы попробовать решить проблему другим образом, не ища ничего здесь, но тогда я ничего не достигну в конечном счете. Где я делаю ошибку? Где ловушка? Я же не хочу сам себе ставить препятствия, если вы знаете что-то лучше и можете дать это мне.

А: Проблема в том, что вы обязательно должны иметь что-то общее, чтобы делать что-то самому.

П: Да, но если вы ничего не говорите?

А: Вот сейчас мы видим, что вы, очевидно, все еще боитесь, что мы не смешаем наши доли вместе, то есть боитесь продуцировать что-то сами. Вот почему я сказал, что вам было бы приятно какое-то время не иметь со мною ничего общего. Хотя здесь есть и злость, и отвержение, но также и демонстрация вашей независимости.

Примечание. Каким образом Кристиан Y мог бы разрешить дилемму, заключавшуюся в том, что он испытывал ненависть к состоянию зависимости и в то же время не был достаточно уверен в себе, чтобы быть независимым? Самоосуждение пациента было настолько трудно выносить, что, вероятно, поэтому в тот момент я постарался подчеркнуть его собственные возможности.

На следующем сеансе все шло по той же схеме.

П: Я страшно пугаюсь, когда чувствую первые признаки усталости. Я сейчас снова заговорил о лени. Знаете, я никогда не буду здоровым. У меня нет никакого желания работать. Работа — это нечто совершенно чуждое мне, и я ничего не могу с этим поделать. В прошлую пятницу, оглянувшись на прошедшую неделю, я снова впал в отчаяние. И ничего, совершенно ничего не могло меня заставить захотеть работать, ничего, и я вообще забросил всю работу. И я не хочу работать, нет никакого смысла заставлять себя. Все так скучно, надоело, и жизнь сама по себе скучная, пустая и неинтересная, и я убежден, что лучше не будет. И почему я должен думать об этом неинтересном, сером будущем — абсурд...

А: То есть о том, что вы должны делать что-то сами, то есть там, где мой вклад особенно мал, ничтожен или почти ничтожен.

П: Да, в этом все дело.

А: Там, где вы что-то делаете, а я ничего не делаю. Где речь идет о том, что вы становитесь активным без меня. То есть есть ли у вас цель — сделать больше без меня?

П: Да, но я не могу. Например, потому что я ленив.

А: Что вам дает ваша лень? Чего вы хотите достичь в результате моего вмешательства?

П: Не знаю. Почему вы должны вмешиваться? Я хочу это делать сам, но я все время вам говорю о том, что боюсь, а вас это не интересует. Я всего боюсь. Я боюсь проверок. Сегодня ночью мне приснилось что-то похожее. Мне нужно было пройти тест, а я сидел и ничего не знал, и ужасно испугался, и меня даже кто-то наказал. Я боюсь. Вот с чего мы могли бы начать. Чего я хочу от вас? Ничего! Я не хочу ничего личного; я хочу жить безлично. Я хочу быть холодным и сохранять дистанцию; так лучше.

Комментарий. Здесь пациент на одном дыхании говорит о своих противоречивых желаниях. В тот момент, когда он хочет сделать что-то сам, появляется парализующий его страх. И несмотря на то что аналитик лишь очень сдержанно в определенных ситуациях выражал пациенту свое одобрение, пациент стыдился своей зависимости, поэтому ему было трудно принимать помощь. Аналитику же выносить его безрадостные жалобы на отсутствие помощи было не только трудно, но и тревожно потому, что возникающее у пациента в результате чувство вины могло повлечь за собой возрастание страха.

А: Да, я как раз это и имею в виду. Вы хотите делать что-то совершенно самостоятельно, что-то объективное, и в этом проблема. Почему это невозможно? Почему?

П: Например, потому, что я боюсь, что то, что я буду делать, кто-нибудь будет тщательно проверять, например, потому, что я не могу себе позволить иметь собственное мнение потому, что я не выношу никаких конфликтов, — это я точно знаю. Я так неаккуратен, так тороплив и не могу ни на чем сконцентрироваться, что, когда я что-нибудь делаю, я боюсь, что меня отвергнут. Сделать что-нибудь неправильно — это для меня ужасно.

А: Да, и я снимаю с вас часть бремени, думаю за вас и становлюсь активным, вы ничего не делаете и поэтому — вне опасности, а я соскальзываю в роль критика.

П: Я этого не понимаю.

А: Пока кто-нибудь другой берет на себя ваши заботы, пока вы можете быть совершенно пассивным, а кто-нибудь другой действует за вас, выражает ваши мнения, занимает ваше место, до тех пор вы чувствуете себя в безопасности.

Комментарий. Аналитик рассматривал пассивность пациента на этих сеансах прежде всего как анальную злобу. Следовательно, в своей пассивной агрессии и злобной уверенности в себе пациент искал удовольствия. На описанном здесь сеансе центром интерпретативной стратегии был тот аспект злобы пациента, который относится к взаимодействию, а бессознатель-

ная схема анальных моментов если и обсуждалась, то только по аналогии. Аналитик пытался дать пациенту понимание переноса как такого рода отношений, где пациент мог бы открыто втягивать аналитика в чепуху. Пациент сам говорит о себе как о «человеке, полном чепухи».

Даже на этой стадии можно было определить в жалобах пациента на физическое бессилие компонент кастрационного страха. Корни этого компонента находятся на уровнях гораздо более глубоких, чем это проявилось в данных отрывках сеансов.

Идея пациента о том, что его «материальный дефект» может быть излечим, только если аналитик снабдит его материалами, влечет за собой очень серьезную проблему психоаналитической техники. Эта проблема еще больше усложнилась подозрительностью пациента и тем, что любую истинную близость он воспринимал как большое унижение. Одним из следствий этого было периодически возникавшее у него состояние беспомощности, которое сопровождалось угрозами прекратить анализ и покончить с собой.

4.4 Стагнация и решение поменять аналитика

Когда в анализе возникает застой или тупик, то аналитик обычно может найти в психодинамике пациента вполне правдоподобные этому причины. Для него логично думать о негативной терапевтической реакции (Freud, 1923b), и мы обсуждали бессознательные мотивы таких реакций в первом томе (разд. 4.4.1).

Однако такая установка не учитывает вину в возникновении застоя самого аналитика. Если отсутствует терапевтическое изменение, то в этом есть, возможно, и личный вклад аналитика и его техники. Результаты исследований свидетельствуют о том, что неуспех предшествующей терапии совсем не обязательно делает прогноз последующей терапии негативным. Таков результат статистических исследований, и он, возможно, противоречит широко распространенной клинической установке (см.: Kächele, Fiedler, 1985).

Из-за длительного застоя в терапии Мария X, по обоюдному согласию со своим терапевтом (женщиной), проконсультировалась с другим аналитиком, мужчиной. Обе стороны чувствовали бесполезность терапевтической работы, однако сделали из этого разные выводы. Пациентка категорически возражала против прекращения терапии, в то время как терапевт советовала сделать перерыв и оставила на усмотрение пациентки вопрос об обращении к мужчине-аналитику. Такой пессимистический взгляд был результатом безуспешности всех попыток аналитика дать пациентке (у которой была диффузная тревога и в целом

депрессивное настроение) что-то хорошее. Постоянная неудовлетворенность пациентки самой собой и условиями своей жизни, приводившая к общему ощущению собственной дефицитарности, оставалась неизменной в течение почти двух лет. По той причине, что всякое проникновение в бессознательные конфликты вызывало ухудшение состояния пациентки, аналитик диагностировала негативную терапевтическую реакцию.

При неуспешной терапии аналитики начинают критиковать сами себя, и подобные ситуации ставят их, как подчеркивает Вурмсер, в позицию обвиняемого.

Защитная тактика, которая является особенно частой, если не типичной, у депрессивных личностей, состоит в том, что они пытаются *вызвать у другого такое же чувство вины и смирения*, какое испытывают сами. Каким образом это достигается? Посредством обвинений — прямых и замаскированных. Это своего рода перемена ролей, которая включает в себя проективные защиты и поворот от пассивности к активности и означает переход от идентификации с жертвой к идентификации с обвинителем. Это может также перейти в крайне сильное трансферентное сопротивление. Я думаю, что большую часть *негативных терапевтических реакций* можно отнести именно к этому переходу на обвиняющую позицию (Wurmser, 1987, p. 149).

Конечно, есть разные способы противостоять подобным обвинениям. Вурмсер весьма впечатляюще описывает, как он на протяжении многих лет учился вести затяжные сражения с такими пациентами, которым, как казалось, лечение не приносило пользы. Среди прочего Вурмсер говорит о гибкости, которая при определенных обстоятельствах может означать и изменения у самих терапевтов.

Мария X, 37-летняя женщина, на консультации горько жаловалась на то, что, хотя она на протяжении почти двухлетней терапии всегда старалась сотрудничать с терапевтом, не произошло никаких изменений в ее основной проблеме: в неудовлетворенности собой, в ощущении себя неудачницей. Я поинтересовался, как она представляет себе суть терапевтических отношений, и обнаружил, что у пациентки было множество вопросов, которые она, однако, не осмелилась задавать — в особенности те из них, что касались ее аналитика (женщины) как человека. В целом у меня сложилось впечатление, что пациентка не получила достаточной поддержки, чтобы иметь дело со своим негативным переносом, берущим начало в ее отношениях с матерью.

С нашей точки зрения, диагноз «негативная терапевтическая реакция» односторонним образом делает пациента ответственным за неуспех. Вместо этого нужно определить, какие терапевтические воздействия привели к ситуации, в которой оказалось невозможным успешно бороться с трудностями пациента.

Целью новой терапевтической попытки лечения должно стать превращение негативизма пациента в открытый негативный перенос.

С одной стороны, предложив сначала этой пациентке фокальную терапию, основное внимание в которой уделялось бы ранее не рассматривавшимся негативным аспектам ее отношения к предыдущему терапевту, я учитывал скептицизм ее терапевта. Но, с другой стороны, был составлен план, по которому в первую очередь следовало взяться за решение проблемы негативного материнского переноса, который первый аналитик правильно описал.

Первоначально Марию X направили в отделение внутренних болезней для обследования по поводу гипертонии неизвестной этиологии. Она страдала от высокого давления одиннадцать лет, и соматическое обследование выявило, что гипертония была результатом стеноза почечной артерии. Хирургическое вмешательство не рекомендовалось. «Неудовлетворенность» у пациентки, как она сама выразилась о своем симптоме, существовала тоже в течение одиннадцати лет. Кроме того, с подросткового возраста она ощущала тревогу, которая особенно сильно проявлялась в стрессовых ситуациях при конфликтах с людьми, занимающими руководящее положение. Посещение психосоматически ориентированного консультанта по поводу гипертонии привело к началу регулярной аналитической терапии. Пациентка боялась, что это может плохо повлиять на ее отношения с другом.

С точки зрения психодинамики конфликта в обращении аналитика за страховкой на лечение для пациентки отразилось то противоречие, которое существовало между тесной привязанностью пациентки к матери и необходимостью большей сепарации от нее и сопровождалось соответствующими реакциями ярости и разочарования. Попытки добиться сепарации вызвали крайне неадекватные реакции, которые в свою очередь были связаны с сильным чувством вины. Пациентка и терапевт заключили соглашение на проведение анализа в течение неопределенного срока. В заявлении аналитика говорилось: «Проблема сепарации и связанный с ней сильный агрессивный конфликт заставляют меня ожидать значительного сопротивления».

После этого вводного описания проблемы мы представим несколько отрывков из терапии, в которых снова проявляется поведение, описанное более молодым терапевтом (женщиной), и попытаемся продемонстрировать, как продуктивно можно с этим бороться.

Мы договорились, что пациентка будет продолжать лечение со мной, и я дал ей снова заполнить форму заявления на получение страховых выплат на лечение. В тот момент, когда паци-

ентка взяла форму, она вздохнула — не громко, но заметно. Я обратил ее внимание на это проявление неудовольствия, и она неохотно ответила, что не хочет ничего такого заполнять.

На меня произвела впечатление эта первая демонстрация такого поведения, о которой мне говорила предыдущая женщина-терапевт. В соответствии со своим пониманием ситуации я дал следующую интерпретацию.

А: По вашему субъективному восприятию, заполнять еще раз знакомую вам анкету — это уже слишком. Но это не займет и двух минут, и это в ваших же интересах, речь идет о шести тысячах марок. Реальная выгода и ваше восприятие не совпадают, не так ли? Может быть, в вашем вздохе содержится желание оказаться в раю, в стране с молочными реками и кисельными берегами.

Я вовсе не был расположен к пациентке недружелюбно, скорее я был удивлен ее паравербальной манерой выражать и неудовольствие, и безразличие. Поэтому в моем комментарии отразилось некоторое сочувствие к пациентке.

П: Ну, мне приходилось заполнять кучу таких форм, начиная со вступительных экзаменов в университет. Тогда я не возражала, хотя могла бы.

А: В данном случае мы говорим о вашей пользе, а вы вздыхаете.

Говоря это, я думал о том, что ее вздох выражал закрепившееся у нее чувство, что от нее слишком многого требуют, и свидетельствовал о сдвиге ее протеста на уровень паравербальности. Этот вздох к тому же хорошо соответствовал тому ощущению, которое она у меня вызвала, а именно: одета со вкусом и могла бы соответственно держаться, но, несмотря на макияж, выражение лица у нее мрачное.

П: Да, я теряю над собой контроль, когда речь заходит о чем-то для меня выгодном. В последние несколько дней я стала более тревожной, на работе мне нужно взять под свое руководство новую группу для обучения.

Исходя из ее замечания о тревоге, которая возникла в результате возрастания требований к ее знаниям и компетенции как лица, ответственного в ее фирме за повышение квалификации, я сделал вывод, что у пациентки существует базовая критическая установка по отношению к самой себе.

А: Вы бы могли понять суть своей тревоги, если бы мы подумали о том, что вы делаете уверенно, и о том, чего от вас ждут.

Пациентка рассказала о школьных годах, которые были у нее полны разочарований. Она дважды провалилась на экзаменах и вынуждена была уйти из средней школы (гимназии); она не объяснила, почему провалилась на экзаменах. Диплом об окончании средней школы она получила позже, обучаясь по

программе для взрослых, после того как поняла, что ее не удовлетворяет простая работа.

На следующем сеансе, отдавая мне заявление, она опять вздохнула. Я обратил на это ее внимание и сказал: «Это уже слишком». Она тоже так считала. Она посмотрела на меня, слегка удивившись тому, что я с такой прямотой отметил ее настроение, чуть усмехнулась, но осталась по-прежнему в плохом настроении.

П: Само чувство, что я должна приходить на терапию, сидеть здесь и говорить, — все для меня слишком.

А: Тогда мне бы хотелось лучше понять, что значит *все*. Не могли бы вы привести пример того, как это так все из приятного превращается в обязательное?

П: Да, например, когда погода хорошая, я должна играть в теннис или идти гулять. Все, что я хочу, превращается в «я должна». Если сегодня я говорю себе, что хочу пойти завтра на какую-нибудь лекцию, то назавтра, пока я буду собираться туда, я обязательно подумаю, что это стало еще одним обязательством.

Обиженный тон рассказа вызвал у меня образ ребенка, которому иногда хочется сказать «гу», а иногда «га», который не хочет (или не должен) иметь какие-либо обязанности. И часть этой мысли я высказал вслух.

А: Ваши желания превращаются в обязательства, принуждения в тот момент, когда у вас появляется чувство, что они стали не зависящими от вас и что вы должны подчиниться своим собственным желаниям. Вы хотите иметь возможность сказать «гу» или «га» в любой момент, не опасаясь последствий.

Затем мы стали говорить о ее матери, которая много работала и имела привычку приговаривать во время работы: «Мне еще нужно сделать это, я должна сделать то». Отец безуспешно пытался говорить матери, что она совсем не должна быть все время занята.

Я сделал интерпретацию о том, что внутри пациентки как бы находится ее мать и что пациентка поступает по отношению к себе так же, как ее мать поступала по отношению к себе. Что у нее есть две части: одна, связанная с желаниями, а другая — ее совесть, которая развита очень сильно. По ходу того, как я давал эту подробную интерпретацию, которую старался сделать в эмоционально доступной форме, пациентка начала плакать. Вскоре ей удалось взять себя в руки. Мне стало понятно, что ее всегда удивляла собственная тоска по тому, чтобы ее баловали, исполняли ее желания; если бы не это, она могла бы успешно держать все свои желания под контролем. Представив себе ее фантазии и принимая во внимание тот факт, что она уже долгое время находилась в терапии, я сказал ей, что одна

мягкая, плачущая часть ее хочет завернуться в одеяло на кушетке, а другая ее часть не разрешает этого.

П: Я совершенно не могу себе представить, что я здесь лежу и мне ничего не надо говорить. Так невозможно добиться успеха. Не думаю. Я бы чувствовала себя еще беспомощнее, я бы ощущала себя даже еще больше пациенткой и неполноценной по сравнению с вами.

А: Даже мысль об этом приносит вам беспокойство, и поэтому лучше стоять посередине, как буриданов осел, — знаете эту притчу? Он стоял между двумя охапками сена и умер от голода. Вы стоите посередине, в том тупике, который вы обнаружили во время терапии с доктором Б. [предыдущим терапевтом]. Мне кажется, прежде всего надо задать себе вопрос: когда вы едете сюда и у вас возникает ощущение, будто вы это делать обязаны, способны ли вы вообще допустить мысль, что можете повернуть назад?

После перерыва в несколько дней, совпавших с выходными на работе пациентки, она пришла на прием в ярости, потому что за это время не смогла избавиться от чувства, что ей нужно что-то делать и что даже отдых стал обязанностью, обременительной задачей. Пациентка привела пример того, как должно было быть. Она бы легла в постель с простудой и дремала бы всю вторую половину дня, и ощущение того, что вечером она должна пойти в гости, полностью бы пропало. Она сказала, что так бы ей хотелось, чтобы было. Я отметил согласованность ее чувств, мыслей и действий.

И тогда пациентка рассказала о внутреннем голосе, который постоянно руководит ею и направляет ее. Когда она читает книгу, он ей говорит, что она должна дочитать до конца, и портит все удовольствие. Этот голос не галлюцинация; это неумолимый властный голос ее совести, который она сразу же напрямую связала со своей матерью, постоянно внушавшей ей, чтобы она чего-то не делала. Когда начинались школьные каникулы, мать ей всегда говорила: «Хорошо, что ты дома; теперь можешь сделать то-то и то-то». Ассоциации пациентки объяснили, почему лечь в постель ей казалось таким приятным; она могла бы ничего не прибирать, бросить одежду в угол и дремать.

А: Эти несколько часов были бы часами отдыха от вашей сердитой совести, постоянно стоящей на страже.

Скоро я понял, что для нее аналитик являлся воплощением этой интернализованной совести. Начало сеансов всегда было мучительно для пациентки. Возможность говорить то, что приходит в голову, становилась требованием, обязательством. В ответ на предложение не говорить ничего, если ей так хочется, у пациентки возникали агрессивные сомнения.

П: Это только вопрос времени, но вы непременно почувствуете себя так же, как доктор Б. На втором году нашей работы она подняла вопрос о том, получаю ли я реальную пользу от сеансов.

Проблема, перед которой находилась пациентка, состояла в том, что ее собственные сознательные действия всегда должны были неосознанно соответствовать представлениям ее матери. В этом смысле аналитическая ситуация неизбежно должна была повториться, и пациентка реагировала на это отсутствием заинтересованности с оттенком враждебности. Важнейшей целью ее разговоров в процессе терапии было стремление удовлетворить аналитика, и это соответствовало ее утверждению о том, что она много работала в предыдущей терапии, то есть она оправдала ожидания матери. Ее мать по крайней мере ценила по достоинству то, что она делала хорошо. Однако на более глубоком, бессознательном уровне пациентка стремилась получить одобрение *без* каких-либо достижений, но это было замаскировано ее сильной ревностью к брату, на четыре года старше ее, который, будучи специалистом в области налогообложения, хорошо зарабатывал. Это в свою очередь отражалось на отношениях пациентки с ее партнером. Одним из пунктов разногласий между ними было то, что ее приятель казался человеком, довольным собой, хотя зарабатывал немного.

Соматическая болезнь еще больше закрепила психогенетическую основу недостаточной уверенности пациентки в себе. И сейчас над ней нависла угроза возникновения такого состояния, которое можно было контролировать лекарствами, но нельзя вылечить.

Мне удалось ослабить упорное сопротивление пациентки благодаря тому, что я пытался избегать определенных конфликтных ситуаций. Стоило мне дольше обычного не отвечать ей, как она снова чувствовала разочарование, а любые мои предположения, относящиеся к ее настроению, сразу заметному, помогали ей выразить свои трудности в словах.

У нее было очень много желаний, и она хотела, чтобы они исполнились все сразу. В своей профессиональной карьере она хотела получить высокую квалификацию и в глубине души надеялась прочитать много книг. И как раз тогда, когда она бывала чем-то сильно поглощена, ее охватывала паника, она вскакивала и шла в бар. «Я хочу сделать так много, а у меня совсем не хватает времени».

Постепенно она стала осознавать свое подростковое чувство какой-то потери. Она чувствовала, что отец больше не ценит ее, потому что она почти ничего не достигла. Но, конечно, нужно было проработать еще много уровней чувства вины и стыда, прежде чем ослабли те обвинения, с помощью которых она *успешно* препятствовала первой попытке терапии.

4.5 Близость и гомосексуальность

Артуру Y очень нравилось ходить в бассейн, но он чувствовал сильную неловкость по этому поводу. В частности, от купания нагишом он получал приятные физические ощущения, которых стыдился. Когда мы обсуждали эту тему на предыдущем сеансе, ему вдруг пришло в голову, что мне тоже нравится плавать, что было верно, хотя об этом прямо не говорилось. Но все же пациент вел себя так, будто он стыдился тех особых ощущений, которые давало ему соприкосновение с водой, то есть соприкосновение его кожи с водой. Я очень удивил его тем, что привлек его внимание к тому, что он заметил мое положительное отношение к купанию, плаванию и воде.

П: Я надеюсь, сейчас не выяснится, что и вы тоже любите купаться без трусов, потому что я подумал именно об этом, и с того момента, как эта мысль сама пришла мне в голову, я раздумывал, могу ли я сказать об этом здесь. И тогда, ну, тогда я просто скажу вот что: «Тогда вы такая же сука, как и я».

А: Когда вы и я идем купаться и мы оба в воде, тогда между нами есть связь, как будто между одним педерастом и другим. И ваша неловкость, возможно, имеет отношение к контакту.

Я заменил слово «сука», имеющее разнообразные коннотации, словом «педераст», пытаясь больше соотнести приятные ощущения пациента с их бессознательными гомосексуальными компонентами.

П: Но тогда между нами больше нет дистанции, и это снова возвращает меня к вопросу о том, почему я так осторожен.

Пациент опять стал говорить о контакте и о том, что у нас есть общего, когда мы вместе плаваем в воде.

А: Дистанция между нами не сокращается до нуля; у каждого из нас есть кожа, своя граница.

П: Этот разговор очень неприятен. Он как раз и означает исчезновение дистанции.

Артур Y упоминал о том, что во время его предыдущих опытов терапии он понял, что сохранение дистанции дает ему чувство безопасности.

П: По той простой причине, что, чем больше дистанция, тем больше превосходство надо мною этих аналитиков и их учения и тем выше мои шансы вылечиться.

А: Но это ставило вас в еще более подчиненное положение, у вас оставалась только надежда, что, чем больше вы восхищаетесь ими, тем выше будут ваши шансы что-то получить.

П: Но они не очень старались изменить это положение, хотя, может быть, я несправедлив к ним.

А: Поддержание привычного баланса их превосходства тоже приносит какое-то облегчение, даже несмотря на то, что вы сильно страдаете из-за этого.

Такое вмешательство отсылало нас к началу сеанса, когда пациент выразил беспокойство по поводу того, что ему нелегко изменять и ломать десятилетиями складывавшиеся формы поведения. Целью моего комментария по поводу «педерастов» был перевод конфликта на генетически более высокий уровень, с анального на фаллический.

Через некоторое время эта тема снова всплыла в другом контексте. Предстоящая встреча с начальником по поводу перераспределения обязанностей вызвала у пациента совершенно иррациональное волнение и обострение симптоматики. Артур Y был абсолютно уверен в том, что начальник уважает его и относится к нему с симпатией, и убежден, что его конкуренты сильно ему уступают и что он в области сбыта впереди всех.

П: Но у меня такое ощущение, будто я потеряю свою территорию или должен буду согласиться на существенные ограничения. Я знаю, что начальник уважает мое мнение и ценит меня как партнера, но я все равно чувствую себя беспомощным, как во власти чужеродных сил.

Пациент даже боялся, что если он будет возражать, то начальник может уволить его. У него усилились страхи и вся симптоматика навязчивости.

П: У меня просто ощущение, что я не человек, а предмет.

После того как пациент подробно описал объективные проблемы, которые появились бы в результате перераспределения работы, стало ясно, что между ним и его коллегами возникло бы соперничество, так как он хотел расширить сферу своей деятельности. Он хотел получить некую компенсацию за ожидаемое им увеличение стресса. Он стал рано просыпаться, что было мучительно для него. Он лежал в кровати, покрываясь холодным потом от страха перед тем, что может случиться в этот день.

П: Я боюсь потерпеть неудачу, тревожусь по поводу этих фантазий, этих навязчивых фантазий, что они могут стать такими сильными, что я уже не смогу нормально вести себя и станет заметно, что что-то случилось... Хотя последние двадцать пять лет я все время занимаюсь самоутверждением, я все еще боюсь стать ничем, жалким персонажем. Это меня доводит. К примеру, я пытался сам анализировать свое беспокойство и разрешить эту проблему. Вспомнил учителя из интерната, который почти изнасиловал меня, и то ужасное чувство, которое я испытал, когда его лицо приблизилось ко мне, его омерзительный рот и безобразные торчащие вперед зубы. Потом я думал об этом человеке — всего лишь жалкая не-

счастная сука, но для меня это было омерзительное чудовище. Если бы я мог, я бы буквально зарезал его, как свинью на бойне.

Один из страхов пациента был связан с тем, что он может прикончить сексуального насильника. Этот страх усилился после просмотра фильма и ассоциировался с ролью одного из актеров (см. гл. 9). В своих ассоциациях пациент переходил от учителя к актеру в сценах из этого фильма. Чтобы подготовить интерпретацию переноса, я спросил его, есть ли сходство между актером и учителем. Пациент подвердил мое предположение.

П: Да, пока я обо всем этом думал, я это понял, и это так меня успокоило, что я заснул, и я сказал себе, что в конце концов случай с этим мужчиной не был таким уж ужасным. Некоторые мои одноклассники говорили, что в этом нет ничего дурного. Что он желал добра, он хотел только утешить нас. Я как-то подавил в себе страх и последние несколько лет не давал ему выйти наружу.

А: Ваши воспоминания сейчас вызваны чем-то очень важным. Вы доверились мне. В связи с вашим желанием пойти купаться голым вы подумали обо мне: «Эта сука тоже может пойти купаться голым и соблазнять меня физическим удовольствием».

П: Ну да. [Смеется.]

А: И здесь вы доверяетесь мне. Можно злоупотребить отношениями и превратить их в слишком близкие... гомоэротические отношения... двух сук.

П: Да-да, это верно. Мне кажется, что иногда я вас воспринимаю так же, как того учителя. И как раз сейчас я чувствую это очень отчетливо, и говорить об этом мне очень неприятно.

А: Вопрос в том, воспринимаете ли вы это как что-то хорошее, не нарушающее границ, как только хорошее — не насилие.

П: Я часто думал, как с учителем Бенигнусом [вымышленное имя, использовавшееся в терапии] я выбрал некий путь, который дает мне возможность контролировать свои страхи и преодолевать их. А замечания вроде того, что я воспринимаю вас так же, как и его, раздражают меня. Они вызывают у меня тревогу и чувство опасности. Потому что, если выяснится, что вы действительно такой же, как он, тогда я окажусь в вашей власти так же, как был тогда в его власти.

А: Нет, не окажетесь, потому что вы не так зависимы от меня, как от вашего учителя. Вы находитесь совершенно в другой ситуации. Вам все еще кажется, что вы так же зависимы и не можете выбить мне зубы, назвать меня сукой и отвести на бойню.

И тогда Артур Y очень ярко и экспрессивно описал небритое лицо учителя и как оно кололось. У него появились фанта-

зии о том, как он вонзил бы в его жирную глотку нож и выпустил бы из него дух. И во временнóм и в содержательном отношении первые проявления невротических страхов возникли в связи с этими переживаниями: в конце сеанса пациент соотнес эти события.

П: Когда мне было лет двенадцать-тринадцать, я прочитал детектив, где человеку всадили в спину нож и он умер. Я ужасно боялся, что со мной произойдет то же самое. Я разорвал книгу, выбросил ее в унитаз и спустил воду. Кажется, это было в то же время, что и проблемы с учителем. И тогда эта тревога опять ушла. Возможно, я тоже чувствовал себя сукой, а может, даже чувствовал позыв к тому, ну, как бы это выразиться, отдаться этому человеку — даже так. Но все это было давно, и ни к чему было так волноваться в последние несколько дней. Но чувство было ужасное.

А: Да, это было давно. Но терапия, ваши визиты сюда оживили эту тему, а именно вопрос о том, как вам прийти к соглашению с другим мужчиной. Остаетесь ли вы тем же маленьким, зависимым мальчиком, который не может защитить себя? Может быть, вас любят, только когда вы подчиняетесь? Можно ли вам выразить сомнение, недовольство, потребовать чего-нибудь?

Комментарий. Как видно из интерпретации, аналитик делает акцент на оживлении в терапии давних проблем. Задаваемые им вопросы косвенным образом подталкивали пациента к критическому пересмотру прошлых и настоящих отношений. Он сам предложил и ответы, которые помогли пациенту установить некоторую дистанцию и, таким образом, получить новый опыт в его нынешних интерперсональных отношениях с аналитиком. В этом смысле многие интерпретации содержат суггестивный компонент, который, однако, очень сильно отличается от прямых попыток убеждения, принесших внушению такую дурную славу. Стимулы, содержащиеся в психоаналитических интерпретациях, находятся не на уровне внушения. Как мы объясняем в первом томе, пациент получает поддержку в том, чтобы сделать свои нынешние переживания отправной точкой для критического обдумывания.

4.6 Сопротивление и принцип безопасности

В соответствующем разделе первого тома мы наделяем сопротивление идентичности и принцип безопасности обширными функциями, выходящими за рамки определения Эриксона. На описательном уровне они сходны с нарциссической защитой. Однако если последняя концепция является составной частью

неприемлемого принципа экономии, то концепция сопротивления идентичности находится в обширных теоретических рамках, в которых учтены результаты современных социально-психологических исследований развития Я и уверенности в себе и не отрицается значимость сексуального удовлетворения для достижения идентичности личности. В противоположность интегративной теории Эриксона Кохут рассматривает развитие Я и влечений как отдельные процессы, и, несмотря на более поздние модификации его теории Я, этот подход приводит к противоречиям в его системе и не описывает во всей полноте человеческую жизнь. Развитие чувства безопасности и уверенности в себе происходит в процессе удовлетворения разного рода потребностей.

Сильное сопротивление идентичности можно наблюдать у всех пациентов, которые не признают себя больными и, следовательно, не хотят вылечиться. Тогда обстоятельства как бы вывернуты наизнанку: те, кто находится рядом с пациентом, страдают и стараются убедить упорно сопротивляющегося родственника, что нужно что-то предпринять. Однако как можно убедить человека, явно удовлетворенного собой и действительно считающего, что он здоров, — но которого окружающие считают больным и сумасшедшим, — что он должен попытаться обратиться за терапевтической помощью, которая, с его точки зрения, приведет главным образом к нежелательным для него переменам?

Сопротивление идентичности представляет собой вершину человеческой способности к самоутверждению любой ценой, даже ценой отрицания принципа биологического самосохранения. В определенный момент, хотя и несколько мимоходом, Фрейд (Freud, 1940a) отнес к функциям Я не только *самосохранение*, как он делал ранее, но и *самоутверждение* (это различие пропало в «Стандартном издании», так как Стрэчи перевел оба немецких слова — Selbsterhaltung и Selbstbehauptung — как «самосохранение»). Наличие этого человеческого качества является непременным условием для тех, кто считает более значимым самоутверждение в достижении идеалов, сохранение собственной жизни или же самопожертвование ради доброго дела. Это результат решений, коренящихся в свободе индивида. В тех случаях, когда самоутверждение базируется на сопротивлении идентичности, ситуация иная; тогда существуют серьезные основания предполагать, что индивид несвободен, даже если он отвергает мысль о том, что он болен, несвободен и нуждается в помощи.

Сопротивление идентичности и принцип безопасности ставят множество этических и философских проблем, а также серьезных вопросов, касающихся аналитической техники. Кто дает

нам право пытаться проводить терапию с тем, кто в лучшем случае лишь под давлением признает себя пациентом? Может случиться, что станет одинаково невозможно и лечить, и не лечить — например, можно ли продолжать анализировать пациента, страдающего анорексией, воздерживаясь от активного вмешательства, когда уровень самосохранения снижается до предела и возникает угроза смерти? В частности, терапия пациентов с невротической анорексией сталкивает аналитиков с проблемами, которые кажутся неразрешимыми. Эта дилемма полностью парализует деятельность, что Кьеркегор религиозно-философски истолковывает как «болезнь, ведущую к смерти». С психоаналитической точки зрения отчаяние, безнадежность как проявление болезни, ведущей к смерти, можно локализовать в Я. Делая это допущение, мы придаем высказыванию Кьеркегора (Kierkegaard, 1957, p. 8): «Безнадежное нежелание быть собой; безнадежное желание быть собой» — психодинамический смысл. Это противопоставление обрисовывает дилемму, которая встает перед многими людьми. Люди, страдающие хронической формой анорексии, производят на окружающих сильное впечатление благодаря тому упорству, с которым они держатся за свое идеосинкратическое Я. Терапевт становится источником искушения, так как пытается создать у них такой образ собственного Я, который вызывает у них сопротивление. Безнадежность проступает не между двумя образами Я, а между индивидом и его окружением. Как же использовать психоаналитические средства для борьбы с пациентами, которые за долгие годы превратили свой образ изможденного тела во вторую, но истинную натуру и смотрят на аналитика как на возмутителя спокойствия? В таких случаях сопротивление идентичности в буквальном смысле связано с равновесием, которое трудно нарушить после многих лет или десятилетий стабильности: эта идентичность стала второй натурой.

На 427-й сеанс Клара X принесла копию картины Росетти «Благовещение», которую сделала сама, — эта картина долгое время вдохновляла ее. Мария изображена на этой картине почти изможденной. К названию картины приписано «Мария Анορектичная» — значит, эта копия является своего рода образом Я пациентки. Клара описала перепутье, на котором она находится: она все еще сидит там (как Мария) и ни на что не может решиться.

Ее мысли все еще крутились вокруг образа феи, сидящей на перекрестке для того, чтобы указать ей верное направление.

А: Отпустите фею на волю, отпустите всех сидящих там фей — и себя тоже.

П: Недавно вечером я представила себе сидящую там фею и себя, отягощенную все той же пагубной привычкой. Фея улыбнулась, отчасти весело, отчасти грустно, и спросила: «Почему ты это делаешь?» Чтобы заснуть и остаться рядом с феей, мне пришлось долго ходить с места на место, пока я не устала. Фея сказала, что там есть целая гора каши, как вокруг страны с молочными реками и кисельными берегами, и что я должна проесть через нее себе дорогу.

По всем признакам, что-то изменилось в ее чувствах. Для меня картина выражала нашу борьбу на этом перепутье. Клара отвергла мой намек на борьбу и никаких деталей не добавила.

Борьба с самого начала была важной темой. То, что я в начальном интервью предсказал вероятность жесткой борьбы, рассердило Клару. В последние несколько недель и месяцев борьба стала более интенсивной и выразилась в образе перекрестка. Добрая фея была частью этой метафоры; она представляла собой трансферентную материнскую фигуру, и пациентке хотелось стоять у ее ног. Кроме того, фигура эта еще и уводила пациентку от анорексии, ставшей ее второй натурой.

Вот почему в ее представлении о себе меня беспокоила борьба за сохранение своей прежней идентичности, а сейчас, на перекрестке, — ее попытка начать все сначала. Можно было заметить непосредственное проявление этого в том, что, когда я повторил фразу: «Сейчас будет...», — она сначала перебила меня, сказав «хм», а когда я закончил фразу: «...тяжелая борьба», — она продолжила:

П: Да, и я об этом подумала утром. Интересно, кто будет бороться против...

А: Хм.

П: И я действительно не хочу бороться сама с собой. Только с какими-то частями меня. Вот теперь смешно. Я согласилась с тем, что мне нужно попробовать больше съедать за день, и я ем. Обычно получается так, что мне хочется съесть какое-нибудь пирожное. Я покупаю что-нибудь в булочной, но мне сразу начинает казаться, что это не то, что надо. Пирожное — это не самая питательная еда. И поэтому мое желание съесть пирожное кажется мне не очень правильным. Раньше эта проблема решалась потому, что я днем совсем не думала о еде. Я оставляла голову свободной для других вещей, это часто пишут в литературе об анорексии, и я читала про это со смешанным чувством... и с огромным интересом. Я уже прошла ту стадию, когда мои мысли постоянно вертелись вокруг еды, как это бывает со многими, кто страдает анорексией, и я думаю, что эта стадия — ужасная деградация.

Действительно, при хронической и тяжелой анорексии чувство голода изменяется, что позволяет некоторым пациентам достичь состояния, которое пациентка только что описала такими словами: «Я оставляла голову свободной для других вещей». Ей удалось свести к минимуму время и количество мест, где она удовлетворяла чувство голода, и ограничиться поеданием печенья ночью.

Мне показалось естественным привлечь внимание Клары Х к трудностям, с которыми она столкнулась при попытке изменить свое поведение. То, что сейчас ей стало нужно больше думать о еде и обо всем, что связано с едой, она назвала деградацией.

П: И тогда я быстро прихожу к выводу, что я слишком много думаю о хозяйстве и о покупках. Существуют более интересные и приятные вещи. Да, вот в данный момент я задаю себе вопрос, хм, нужно ли мне взять что-то с собой из дома перекусить или купить что-нибудь; и что мне нужно съесть, и что мне дать Франциске [дочери] с собой? Я принимаю большие решения по этим вопросам, а в мелочах все так же мучительно и бесконтрольно колеблюсь между «да» и «нет», между добром и злом. Потом это мне надоедает — хотя почему бы мне не попытаться захотеть поесть и насладиться этим? Вчера утром я чуть было не подумала: «Хм...», но потом это опять ушло.

А: Да, для такого изменения очень важна внутренняя необходимость. Вы знаете, что чувство голода и желание есть могут меняться. Видимо, вы чувствовали себя раньше очень свободной, но я в отличие от вас думаю, что эта свобода была только видимой. Однако это был отличный способ многое не принимать во внимание. Начинать всегда очень трудно.

П: Да, видимая свобода. Хотела бы я знать, смогу ли привыкнуть хотя бы есть в определенное время. Мне только при мысли об этом становится плохо. По крайней мере я сделала усилие, чтобы есть что-то в течение дня. И поэтому я даже удивилась, что немного похудела. Это боязнь стремления к чему-то или что? С другой стороны, у меня действительно очень радостное отношение к жизни, и мне снова хочется что-то делать и хочется просыпаться по утрам. В прошлом году у меня было такое состояние — вы, конечно, помните, когда я чувствовала, что все вокруг скучное и мрачное, — теперь это в прошлом.

Затем пациентка описала, как она каждый день лихорадочно крутится дома по хозяйству и с детьми. Эти дела не приносили ей никакой радости. «Это равносильно тюрьме — приготовить что-то поесть, уложить детей в кровать, я после всего этого чувствую себя просто в тюрьме». Под конец она сказала, что де-

лает все так лихорадочно, торопливо, что становится недружелюбной и нетерпимой.

Потом она рассказала о чудесной фантазии, которую можно считать признаком того, что с помощью доброй феи, которую она сама придумала, она могла бы пойти другим путем, чтобы обрести новую идентичность. В центре рассказа была ее мать, у которой было много времени, она ждала, когда дети придут домой, и у них были гармоничные и близкие отношения. Она описала день, проведенный с матерью, так, как будто это было волшебной сказкой. Клара X сомневалась, смогу ли я как мужчина понять ее почти что бесконечное счастье. Ее возмущали пунктуальность, систематичность и ритм, которые ей приходилось соблюдать в ведении домашнего хозяйства.

П: Бом-бом-бом, мой муж хочет, чтобы дома все делалось так же, как на заводе. И его ожидания вызывают у меня сильную неприязнь и тревогу. Я не могу выразить это в словах, но думаю, вы понимаете меня. Это ужасно.

А: Я думаю, что могу это понять, но вы в этом сомневаетесь, и это тоже мне понятно, потому что я тоже весьма близок к этому «бом-бом». Ежедневное расписание, время. Если по расписанию наш сеанс закончился, то так и будет; это совершенно не отвечает вашей мечте. Если мы сравним это с вашей прекрасной картиной, то внешние рамки пунктуальности выглядят возмутительно.

П: Что? Вы действительно полагаете, что эта моя фантазия относится всего лишь к началу и концу наших сеансов? Это...

А: Да, это был тройной прыжок. Я думал не только о начале и конце; между ними можно многое сделать. Нет, я думал об этом перескоке к концу сеанса. Я провел только одну небольшую параллель — с прерыванием в конце сеанса. А действительно ли это так, это уже другой вопрос.

Отрывки из следующих сеансов показывают, как трудно было Кларе X формировать иной образ себя самой. Я не мог быть таким нецеленаправленным, как бы ей хотелось. Так или иначе, ее сильно обидело то, что я противопоставил ее реальную жизнь и другую, чудесную картину, которую она нарисовала.

Она считала, что ее тело и внешний вид идеальны. Она боялась выглядеть как фаршированная утка и не пролезть «через решетки своей тюрьмы».

Я задал ей вопрос о том, откуда появился этот отталкивающий образ фаршированный утки. Она подчеркнула, что мучение ее — тюрьма. Она усомнилась, может ли мужчина понять, что женщина считает роль домохозяйки тюрьмой.

А: Оставаясь худой, вы на самом деле выражаете свое неприятие вашего брака. Одновременно вы также боретесь против своей шоколадной глазури.

Этот двусмысленный термин ввела пациентка, и с тех пор он обычно употреблялся для обозначения ее сладкой стороны, и в буквальном и в метафорическом смысле слова. Клара X считала, что внешние обстоятельства не дают ей возможности покрыться шоколадной глазурью, то есть реализовать свое стремление к сладости и нежности, и это еще больше привязывало ее к ее ночным «оргиям». Подавляемый в течение дня голод пациентка удовлетворяла, съедая ночью, в полусонном состоянии огромное количество сладостей, что позволяло ей по крайней мере поддерживать свой вес, существенно сниженный, на одном уровне. Такие типичные ночные кутежи, по выражению Штункарда (Stunkard, 1986), могут служить заменой удовлетворения. И действительно, пациентка жаловалась на то, что ее муж отчасти виноват в том, что она все еще больна, потому что он не видит нежности и женственности в ее «скелете Смерти».

Я признал, что в ее трудностях явно присутствует реалистический компонент. Более того, я сказал ей, что отвержение и неприятие ее в облике Смерти, возможно, привели к тому, что она стала использовать свое состояние как оружие. Это было особой формой *самоутверждения*, которую она заботливо взращивала долгое время. Любое изменение привело бы к тому, что она перестала бы выглядеть как кожа да кости, стала бы более привлекательной. Она потеряла бы свою идентичность, которая формировалась десятилетиями, и стала бы больше нравиться самой себе. Она превратилась бы тогда в Спящую Красавицу [колючую розу, по-немецки], но без шипов, ею можно было бы любоваться, ведь она нарисовала картину. «С вашего позволения, мне тоже нравится Спящая Красавица».

Примечание. Я имел в виду очень выразительную акварель, которую пациентка принесла мне несколько раньше. На круглом рисунке были изображены девушки, их фигуры сплетались в виде розы, а цвет подчеркивал их грудь. Может показаться, что я выразился чересчур осторожно, но осторожность здесь была нужна. Дальнейшие события на этом сеансе показали чувствительность пациентки. Я позволил себе противопоставить женщину-розу и описанный Кларой X омерзительный образ Смерти, не учитывая в тот момент некоторой разницы, связанной с тем, использует ли сама пациентка, говоря о себе, собственный негативный образ или аналитик говорит о ней в тех же выражениях. Тот факт, что двое людей делают одно и то же, не означает, что получается одинаково.

В течение всего анализа Клара X упоминала свои рисунки. Часто они были связаны с темами, которые мы обсуждали, а иногда с их помощью она начинала понимать неясные стороны своих ощущений. Эти рисунки живо отражали ее внутреннее состояние. Приводимый ниже отрывок из сеанса показывает,

что рисование и дарение своих рисунков имели для нее также и коммуникативную функцию. Я старался использовать их как средство повлиять на ее внутреннюю жизнь и богатое воображение. Таким образом, мы возвращаемся к главному вопросу: что аналитик может сделать, чтобы облегчить наступление изменения?

П: Я не хочу даже, чтобы мой муж видел этот рисунок. Я нарисовала его, когда он не мог видеть, а потом скатала в рулон. Потому что у меня такое ощущение, что он его может счесть омерзительным.

А: Но, может быть, вы боитесь еще того, что он что-нибудь скажет. Может быть, он сделал бы какие-нибудь сравнения.

П: Он мог бы сказать: «Ты что, совсем с ума сошла? Теперь ты начала рисовать голых женщин».

Я спросил ее сочувственно о страхе, что ее обидят. Возможно, поэтому она думала, что женщина-аналитик могла бы лучше ее понять — от женщины к женщине, от Спящей Красавицы к Спящей Красавице.

Следующий сеанс пациентка начала с того, что расстроилась. «Вы сравнили меня, картину Смерти, с моим собственным рисунком женщины-розы». Она сказала, что она не любит сравнений; сравнения — это воспитательное средство. «Мои родители говорят: "В твоем возрасте мы уже делали то-то и то-то!" Сравнения ранят».

А: Но что же вас ранит? То, что вы еще и женщина-роза?

П: То, что вы предпочитаете женщину-розу.

А: Да-да, сравнение напомнило вам о том, чего нет, о том, чего не хватает.

П: Нет, дело в том, что вы ставите условия. Я ощутила ваше желание, или просьбу, или вопрос, и мне кажется, что это очень не по-джентльменски. «Не могли бы вы принести еще раз рисунок, чтобы я сделала копию? А то у меня нет. Я отдала его вам». Требовать что-то вернуть в такой манере нельзя. Здесь есть некоторая злость: «Но ведь это мой рисунок!»

Пациентка снова подчеркнула это.

П: В этом есть некоторая злость: «Но это мой рисунок!» Есть какое-то свинство в этом высказывании: «Если пожилой человек использует мой рисунок таким образом, то по крайней мере я хочу что-то с этого иметь».

А: Хм, отлично. То есть тогда он не может быть больше использован против вас. Вы воспринимаете это так, будто я использую рисунок против вас, а если у вас есть копия, то это уже по-другому, тогда вы тоже можете пользоваться им для себя, и это будет уже не так односторонне. Но я вовсе не воспринимал то, что вы дали рисунок мне, как вашу формальную уступку. Я рассматривал это как рисунок, находящийся между вами и мной, а не как свою собственность. Я смотрю на него

как на ваше представление о самой себе, но и как на ваш идеал.

П: В нем есть и то и другое, но в тот момент, когда я вам давала его — я буду рада, если вы его примете, — это был подарок. [Длинная пауза.] В данный момент у меня нет ощущения, что рисунок изображает мой идеал.

А: И в данный момент вы чувствуете, что не нравитесь людям такая, какая вы есть, и это ужасно, что люди ставят условия. Но если, став другой, вы сделаетесь более привлекательной, то это не означает отвержения. И я даже предполагаю, что ваша шоколадная сторона нравится и вам самой больше, чем аскетическая. То, что вы сказали о себе, касается и меня тоже. Но я бессилен.

П: Неправда, что вы ничего не можете сделать. Вы действуете так, как будто ни одно ваше слово не попадает на благодатную почву.

А: Ну, пока вы ничего не возьмете, я ничего не могу вам дать. А это зависит от того, могу ли я вам предложить что-то подходящее. Если это слишком велико, то снова возникают трудности. Это действительно трудная борьба, но я на самом деле считаю вас благодатной почвой, которая может стать еще более благодатной. Что бы произошло, если бы вы частично отказались от своей власти и обнаружили, что не потеряли власть, а приобрели власть другого рода? Вы наверняка чувствуете, что в вашей Спящей Красавице, в вашем рисунке есть сила. Конечно, вам бы следовало быть более чувствительной и сентиментальной в отношении своих потребностей и показывать, что они у вас есть, если их не замечают, не признают или не удовлетворяют. Это печально.

Примечание. Таким образом, я сообщил пациентке о своем контрпереносе (см. разд. 3.4). Как видно из реакции Клары X, рассказ пациенту о его настроении в связи с его поведением может иметь терапевтическую функцию. Возможность участия Клары X в моем контрпереносе послужила для нас обоих своего рода якорем. Я знал и каким-то образом чувствовал, что именно открытое и честное признание своей беспомощности мобилизует в пациентке противоположную установку. Клара X на самом деле не нуждалась в бессильном, кастрированном мужчине, потому что тогда она осталась бы тоже бесплодной. Терапевтическая проблема состояла в том, чтобы разложить плодотворные элементы на небольшие части, с тем чтобы снова слова и поступки сопоставлялись с жизнью, а не со страшными элементами и в конечном счете со смертью. Превращение деструктивного «нет» в конструктивное «да» жизни означает признание биологических ритмов и временных аспектов. Хотя способность сказать «нет» — это важная часть человеческой при-

роды, ни один смертный, говорящий «нет» деструктивным образом, не создан на небесах. Независимо от того, что могут сказать философы и теологи о конструктивном значении отрицания, для понимания и объяснения развития патологического негативизма необходимы серьезные психоаналитические исследования. Этот негативизм представляет собой самодеструктивную форму агрессии и отрицает влияние на объект. Он помогает лицам, страдающим анорексией, и другим патологически говорящим «нет» отрицать смертельную опасность, в которой они находятся. В переносе необходимо заново обнаружить восприятие опасности.

П: [После длительной паузы.] Это звучит убедительно. Но я действительно не могу себе представить, что это правда.

А: Хорошо, что по крайней мере это звучит убедительно. В этот момент ни один из нас не имеет власти над другим. Конечно, это сказал я. Но, находя мое суждение убедительным, вы сделали свой вклад, вы приняли его. На какой-то момент мы находимся в согласии. Конечно, это всегда можно поднять на смех; кто-нибудь может сказать, что есть более приятные вещи.

П: Я как раз сейчас не думала об этом. Это такое приятное чувство, что мне не верится. Это просто не может быть правдой. Есть еще три «но», пять «если» и пять других условий, которые ждут за углом; о них сейчас не упоминается, но они есть.

Пациентка привела сравнение с дикобразом, о котором говорила раньше.

А: В ощущении согласия есть трещинка, как будто я не удовлетворен согласием самим по себе и хочу немедленного успеха.

П: Я не могу себе представить, чтобы вас удовлетворило кратковременное согласие.

А: Да, я думаю, что это никого полностью не удовлетворит. Вам бы тоже хотелось иметь больше, но вы не решаетесь продлить мгновения. И тогда неудовлетворенность воспринимается как исходящая извне: это хочу больше я, а не вы.

Комментарий. Аналитик приложил слишком большие усилия, чтобы достичь изменения. Как и в пословице, результат вызвал у пациентки только раздражение. Клара X критиковала его «воспитательные» цели, что указывает на явно недостаточное доверие аналитика ко второму Я пациентки. Иначе аналитик не стал бы стимулировать ее так сильно, пусть даже и косвенным образом. Признание аналитиком своей беспомощности тоже явно имело терапевтическую цель: дать Кларе X мотивацию для осознания своей силы и облегчить ей жертву. Короче говоря, сопротивление идентичности, которое формировалось более двадцати лет, гораздо сильнее, чем это может показаться на первый взгляд.

5 Интерпретация сновидений

Введение

Читатели этой книги будут часто встречаться с интерпретацией сновидений как via regia — «царской дороги» в бессознательное и сами тоже пойдут по ней, хотя бы как сновидцы. Сновидение нельзя отождествлять с бессознательным, но, по словам Фрейда, оно является via regia к нему, теряющейся где-то в глубинах бессознательного. Интерпретации сновидений позволяют аналитику приблизиться к бессознательным фантазиям. Интерпретации ведут к латентному, или скрытому, смыслу сновидения. Точнее говоря, именно интерпретация, а не само по себе сновидение становится «царской дорогой» в бессознательное.

Ряд сновидений, описанных в этой главе, был тесно связан с ходом лечения, которое являлось важным периодом в истории жизни пациента и в течение его болезни. Для того чтобы критически следить за интерпретациями сновидений, важно учитывать биографическую основу, болезнь пациента и влияние болезни на его самооценку. Знание и обсуждение этих вопросов служат многим целям. Так, например, в сновидениях пациентов отражаются их невротические и соматические заболевания. Поэтому представляется логичным использовать эти данные как основу для обсуждения общих проблем психоанализа и психосоматической медицины, выходящих далеко за пределы вопроса об интерпретации сновидений.

В 1924 году Ранк опубликовал монографию «Eine Neurosenanalyse in Träumen», где описал терапию, принявшую форму исключительно анализа сновидений. Интерпретируя огромное количество сновидений в ходе 150 сеансов успешной терапии, он не делал различия между абстрактными интерпретациями и индивидуально-терапевтическими. Мы упоминаем эту типичную для 1920-х годов публикацию, так как контраст между этой работой и сегодняшним днем отражает прогресс аналитической техники. Мы считаем, что важно дать читателю представление о том, как аналитик в диалоге с пациентом шаг за шагом ведет интерпретативную работу.

5.1 Я-репрезентация в сновидениях

В первом томе (разд. 5.2) мы обратили внимание на сложную взаимосвязь между словом и образом в теории Фрейда. Эта взаимосвязь характеризуется многочисленными трансформациями, которые, с одной стороны, привели Фрейда к различению скрытого и манифестного или явного содержания сновидения, а с другой — связаны с терапевтической задачей перевода образов в слова и мысли. Образное выражение явного содержания сновидения представляется относительно поверхностным событием в генезисе сновидения, если под его главным содержанием понимать латентные *мысли сновидения*, лежащие в основе его работы. И в этом смысле Фрейд говорил о том, что манифестные элементы сновидения являются «конкретным изображением... берущим начало в словесном выражении». Однако в том же противоречивом тексте Фрейд написал, что «мы уже давным-давно забыли, из какого конкретного *образа* возникло слово, и, следовательно, не можем опознать его, когда оно замещается образом» (Freud, 1916/17, p. 121; курсив наш). С тех пор Буччи (Bucci, 1985) заменил фрейдовскую полную противоречий «зигзагообразную теорию» взаимоотношений между словом и образом, которая в большой степени опиралась на неприемлемый ныне принцип экономии (см. т. 1, разд. 1.3), на теорию двойного кода (Paivio, 1971). В результате явные образы и скрытые мысли сновидения в *генезисе сновидения* стали рассматриваться в соответствии со стадиями *толкования сновидения*. Было пересмотрено также значение образов, которые в теории Фрейда всегда понимались как *символы*. Эриксон (Erikson, 1954) в своем конфигуративном анализе сновидений положил начало такой интерпретативной технике, которая в широком смысле подразумевает первичность образного выражения.

Цель этих предварительных замечаний — подготовить читателя к тому, что образы Я, содержащиеся в приводимых ниже сновидениях, являются вариациями важной темы *телесного образа* (см. разд. 9.2.1). Наши образы самих себя и то, как нас воспринимают другие, связаны не только с личностными особенностями и манерой поведения, но также и с нашим телесным бытием. Наши образы самих себя и в глазах других включают как личностную идентичность, так и телесный образ, и многочисленные противоречивые уровни этих образов являются важными детерминантами индивидуального чувства собственной безопасности. Вдобавок к этим общим соображениям особая роль, которую образ тела играет в некоторых интерпретациях приводимых здесь сновидений, вытекает из природы симптоматики пациента.

Фрейд советовал искать Я сновидца в том персонаже, который в сновидении подвергается воздействию. У пациентов, на чье сознательное восприятие себя влияют воображаемые физические дефекты, эти дефекты могут быть представлены во фрагментах сновидения и их могут изображать разные люди. Однако, прежде чем с помощью сновидений мы отправимся по «царской дороге» в бессознательное и обнаружим, как проявляется спящее Я, давайте обратимся к тем общим и конкретным проблемам, которые ставит перед нами типичный случай.

5.1.1 Дисморфофобия и спастическая ревматическая боль в шейных мускулах (torticollis)

Эрих Y страдал от дисморфофобии с подросткового возраста, то есть уже около двадцати пяти лет. Он также страдал спастическими ревматическими болями в шейных мускулах, которые впервые появились примерно за три года до начала лечения. *Кривошея* заставляла пациента чувствовать себя настолько неуверенно, что вызывала даже эпизоды депрессии.

Дисморфофобия определяется как:

> необоснованное чувство физического уродства определенной части тела. Фобические идеи привязываются к различным частям тела и придают последним особую эстетическую или коммуникативную функцию... Страх некрасивого, безобразного или омерзительного внешнего вида фокусируется почти исключительно на конкретных частях тела и только в особых случаях на внешнем виде человека вообще. Наиболее частые объекты фиксации — черты лица и черты, связанные с половыми признаками (Strian, 1983, pp. 197, 198).

Кюхенхофф (Küchenhoff, 1984) описал историю развития этой концепции, а также рассматривал страх уродства в терминах психиатрической нозологии, поместив его между ипохондрическими синдромами и бредом отношения (delusion of reference). Из обзора литературы Кюхенхоффа также видно, что в ранних психоаналитических работах описывались пациенты, страдающие дисморфофобией, хотя сам термин при этом не употребляется (например, фрейдовский Человек-Волк).

В психоаналитической литературе преобладает весьма односторонний взгляд на связь между психодинамикой телесных образов и психосексуальным развитием, который не отражает генезиса и терапии всех разнообразных воображаемых дефектов или уродств. Прежнюю тенденцию, сводящую все к кастрационному комплексу, сменило особое внимание к нарциссизму. И наконец, эти симптомы стали рассматриваться как выполняющие функцию защиты против психотической дезинтеграции — подобно тому, как это происходит при хронической ипохондрии (Philippopoulos, 1979; Rosenfeld, [illegible] что мно-

гие загадки генезиса подобных телесных образов может прояснить межличностный подход.

Согласно нашему опыту, дисморфофобия приобретает сейчас особое значение, поскольку в связи с ней многие больные начинают прибегать к пластическим операциям, таким, как пластика груди или операции по изменению формы носа, стремясь избавиться от воображаемых уродств. Однако операция вряд ли может сильно изменить отношение этих людей к своему воображаемому некрасивому внешнему виду (Mester, 1982).

С течением времени тревога по поводу уродства части тела часто маскируется менее тревожащей ипохондрической или навязчивой озабоченностью в связи с уродством и необходимостью его коррекции. После запоздалого понимания важности работ Шилдера (Schilder, 1933, 1935) Фишером и Кливландом (Fisher, Cleveland, 1968) теория телесных образов была успешно приложена к аналитическому пониманию и к терапии дисморфофобии. Безусловно, теории Эриксона и Кохута об идентичности и «самости» содействовали лучшему пониманию этой формы неуверенности, которая является центральной для данных и многих других пациентов (Cheshire, Thomä, 1987). Однако основное внимание в этих теориях не направлено на тело в противоположность теории телесного образа, развитие которого во взаимодействии с другими структурами блестяще описано Шилдером (Schilder, 1933) (см. разд. 9.2.1).

Эрих Y с подросткового возраста страдал тяжелой формой дисморфофобии, то есть имел необоснованную идею, скорее ипохондрическую, чем фобическую, что у него отсутствует подбородок, кривой нос и голова неправильной формы. Он пытался компенсировать эти воображаемые уродства тем, например, что постоянно поправлял волосы и выпячивал подбородок вперед. Его уверенность в себе ослабевала еще больше в связи с идеей, что пенис у него слишком мал, из чего логически следовало, что возможности вступления в контакты для него ограничены. Эта мысль, что его пенис слишком мал, названа в серии симптомов последней потому, что данный пациент, как и многие из тех, кто имеет похожие симптомы, не упомянул об этом с самого начала. Нежелание упоминать об этом является не только результатом смещения на другие части тела, как это типично при фобиях; страх стыда у этих пациентов столь силен, что они не обнаруживают предсознательную начальную точку своих предполагаемых дефектов, пока не продвинутся достаточно в анализе.

Естественно, что нестабильное самоощущение Эриха Y еще больше пошатнулось, когда у него появился симптом, который был определенно больше, чем просто воображаемый, а именно типичный случай ревматической боли в шее, при которой голова оказывалась повернутой направо. Согласно его воспоминаниям,

впервые это произошло во время медитативных упражнений, то есть в ситуации, в которой он старался расслабиться. Он немедленно придал этому факту особый смысл, видя в нем связь с кризисом в своей семейной жизни. Он заметил, кроме того, что автоматический поворот головы у него начинался или становился более резко выраженным, когда он чувствовал, что за ним наблюдают, или ему нужно было каким-то образом себя подать. Чувство стыда, которое он и до того испытывал, крайне обострилось и заставило его тяжко страдать. Его страдания усугублялись еще и в результате депрессивной реакции на симптом, то есть из-за того, как он сам относился к своему симптому.

Приблизительно через два года после успешного завершения психоаналитического лечения пациент во время еще одного семейного кризиса стал импотентом. Тогда же к нему вернулись ревматические боли в шее, которые заставили его возобновить терапию. Он преодолел свою импотенцию, и самочувствие его существенно улучшилось. Теперь мы дадим краткое описание его случая, чтобы продемонстрировать, что причины ревматических болей в шее (torticollis) лежат на разных уровнях.

Torticollis — патологическое повертывание или наклонение головы, которое нельзя устранить просто усилием воли; этот симптом часто сопровождается тремором, а его причиной являются продолжительные сокращения мускулатуры головы и шеи — по преимуществу односторонние и спонтанные. Увеличение тонуса отдельных мускулов, которое устанавливается медленно и не спадает затем в течение многих секунд, движения подергивания и стереотипные черты их течения и локализации объясняются как дистоническая гиперкинезия в сочетании с заболеванием экстрапирамидальной системы. Эти движения не являются ни рефлексом пассивного распространения, ни повышенным мускульным тонусом, подобным спазму при центральном моторном нарушении.

Дистонические движения при torticollis невозможно подавить произвольным напряжением мускулов-антагонистов или с помощью давления, приложенного извне. Симптом уменьшается во время сна и под анестезией и увеличивается чаще всего в результате намерений двигаться, а также *аффективного возбуждения*, сосредоточения *внимания* на нем и в ситуации *пребывания на публике*. С помощью определенных нажатий, которые сами по себе не требуют никакой силы — например, легкого надавливания кончиком пальца на противоположную наклону головы щеку или сторону лица, — ненормальное движение можно уменьшить или устранить совсем.

Клинические наблюдения продемонстрировали, что кратковременное проявление симптомов находится в связи с ситуативными факторами, которые были очень впечатляюще описаны

Бройтигамом (Bräutigam, 1956). Многие пациенты освобождаются от своих симптомов в одиночестве на природе. Непроизвольное поворачивание головы происходит чаще, когда возникает смущающий пациента контакт взглядов.

Необходимо принимать во внимание то значение, которое приписывается факторам, провоцирующим симптоматику, поскольку различие между взглядом пациента и интерпретацией, которую делает специалист на основе различных диагностических находок, может быть весьма существенным. Доказано, что люди, страдающие от подобных бросающихся в глаза симптомов, становятся неуверенными в себе и что при ощущении, что за ними наблюдают, вследствие чего они поворачивают голову еще резче и с большей силой, может появиться еще и небольшой тремор. Тревога провоцирует проявление симптомов. Проинтерпретировать причину этого можно по-разному. По нашему мнению, серьезные недоразумения с факторами психогенеза и соматогенеза возникли потому, что ситуационная зависимость этого и других соматических заболеваний привела врачей к неверной диагностике torticollis как «истерического заболевания». Этот факт был подчеркнут Бройтигамом (Bräutigam, 1956, р. 97): «Зависимость от ситуационных условий безусловно является одной из важных причин того, что экстрапирамидальные симптомы долгое время неправильно понимались как истерические».

Таким образом, с самого начала неправильно было ограничивать психогенетическую сторону в генезисе симптомов и в течение заболевания узкими рамками модели генезиса истерических симптомов. Чтобы определить психогенетическую составляющую в нарушениях экстрапирамидальных движений, при которых органической причиной является мозг, необходимо начать с установления соматических взаимосвязей, так же как и при любом физическом заболевании (Alexander, 1935; Fahrenberg, 1979; Meyer, 1987). Короче говоря, появление кривошеи в связи со стрессом не означает, что ее причиной является некое экспрессивное движение, будь то эмоция или какое-либо бессознательное действие.

Гипотезы о психогенетической составляющей в этиологии заболевания должны быть соотнесены с физическими данными, чтобы избежать дихотомии «или—или» в соотнесении сомато- и психогенного. Мы полагаем, что тогда невролог сможет должным образом оценить важность эмоциональной предрасположенности пациента к реагированию на факторы окружающей среды (то есть на провоцирующие факторы).

Аналитик может использовать свои терапевтические средства в случае, если определенные формы латентных предрасположенностей проявились и усилились благодаря порочному кругу,

как, например, в случае преувеличенного чувства стыда. Возможность изменений существует, если реакции уже не полностью зависят только от соматических причин. Очень многое будет определяться тем, успешно ли аналитик действует в первых диагностических интервью с целью обнаружения совместно с пациентом того, как последние переживания повлияли на причину его симптомов, как это было показано выше, и сумеет ли он исходить из наблюдений пациента в качестве отправного пункта их совместной рефлексии. Можно осмелиться утверждать, что эдипов комплекс никогда полностью не исчезает ни в одном человеке, он просто «уменьшается» и «постоянно требует... той или иной борьбы с собой в течение всей жизни» (Loewald, 1980a, p. 371). Многие клинические и экспериментальные данные (Greenberg, Fisher, 1983) свидетельствуют о том, что мужчины гораздо в большей степени, чем женщины, опасаются за свою физическую целостность. Могут возобновиться предшествующие тревоги и преодоленная неуверенность, когда пациент встречается с новыми проблемами, они могут усилиться и в связи с реальными страхами при физических заболеваниях, что приводит к тому, что пациенту становится труднее справляться со своим заболеванием. Эти общие соображения относятся как к мужчинам, так и к женщинам, независимо от различий в уровне связанной с телом тревожности у обоих полов. Очевидно тем не менее, что неоправданный страх физического уродства имеет разную сознательную и бессознательную основу для женщин и для мужчин. Генезис воображаемых дефектов в образе самого себя (в широком смысле) соответствует типологии фаз психосоциального развития. Все факторы, вызывающие неуверенность в отношении чувства собственной идентичности, могут также иметь влияние и на образ тела. Почему специфические дефекты ограничиваются в одном случае уровнем самосознания, а в другом связаны с внешним видом — вопрос трудный, и мы не будем в него здесь углубляться.

5.2 Серия сновидений

Образ себя в сновидениях приобретает дополнительное скрытое измерение благодаря сценичности «языка сна». При этом уродства образа тела проявляются в контексте взаимодействия. По сравнению с языком сновидения и по контрасту с живостью ипохондрических жалоб описания воображаемых уродств одномерны. Пациенты описывают, как они переживают дефектность своего тела — например, маленький подбородок, изогнутый нос, деформированный затылок, слишком узкая вагина, порок сердца — и как все это снижает их самооценку, не

понимая и не чувствуя того, как возникают и развиваются их представления о своем теле. Напротив, образ себя в сновидениях восстанавливает скрытые измерения, потерянные в сознательном переживании и отсутствующие в описаниях симптомов, сводящихся к фиксированному воображаемому конечному продукту. Сценический контекст сновидения, таким образом, дает аналитику возможность постигать генезис и смысл нарушений, которые в сознательном переживании принимают форму психопатологических феноменов, то есть являются «ущербным образом тела» — если пользоваться кратким, но вполне подходящим выражением.

Приводимая ниже серия сновидений помогает понять интерпретации аналитика. Аналитик добавлял некоторые замечания относительно своих чувств и мыслей либо немедленно после сеанса, либо вскоре после него во время чтения записи.

5.2.1 Сновидение об инъекции

В начале 37-го сеанса Эрих Y с восторгом рассказал мне, что обнаружил у себя нечто общее со своим шефом. Обычно между ними было много споров; оба были «ослеплены своими амбициями». Спонтанно и без всякого видимого перехода пациент начал рассказывать мне сновидение предыдущей ночи. «Я видел в больнице более молодого врача. Я рассказал ему о своем заболевании, и он немного обнадежил меня. Он заявил, что знает нечто, что могло бы мне помочь. Он экспериментировал, делая мне инъекции в ягодицы; и во время одной из них — это заняло много времени — я дернулся, поскольку было больно».

Затем он несколько неопределенно стал говорить о приятных переживаниях, которые испытывал вместе со своей женой. За день до этого, например, дома было что-то хорошее. Тогда ему стало ясно, насколько важна взаимность. За его последним утверждением последовала пауза, которую я прервал, указав, что пациент получил нечто хорошее во сне, но оно же причинило ему боль. Мы начали обсуждать амбивалентность пациента по отношению к терапии. Несколько сеансов назад пациент не был уверен, сможет ли ответить на вопрос, что он получает в процессе психоанализа. Частое отсутствие конкретной поддержки от меня, возможно, заставило его в сновидении обратиться к более молодому врачу, который — как я отметил — знал очень хорошее лекарство.

П: Да, и это заняло много времени.

А: Вы имеете в виду инъекцию.

П: Да, и я почувствовал себя неловко. Я хотел положить этому конец.

А: Гм.

П: Это было слишком долго. И тогда я стал снова думать, что, может быть, это уже действует.

А: Да.

П: Пока он продолжал делать мне инъекцию, я старался опять повернуть голову.

А: Гм.

П: И я смог это сделать.

А: Да, вот тут и выступает на сцену ситуация лечения и связанное с ним беспокойство: действительно ли это помогает? Ведь потребуется много времени.

Примечание. Ожидания пациента получить быструю помощь были обмануты. Хотя он и старался не быть нетерпеливым, все же он искал конкретной помощи, прямо связанной с его симптомом.

А: Я сижу позади вас. В вашем сне что-то происходит с вами сзади, не так ли? Сзади.

П: Гм. [Долгая пауза.]

У пациента возник образ кусочка гранита, который откалывал кто-то или он сам, а также возникли слабые переживания, которые он упустил, не имея возможности описать их. Пациент показался мне немножко невеселым, и он это подтвердил. Я счел за знак сопротивления утверждение пациента, что он не может долго придерживаться чего-либо одного и что у него впечатление, будто он как бы находится на железнодорожной поворотной стрелке. В этот момент пациент снова упомянул о своем сновидении и при этом произнес несколько ключевых слов, которые затем повторил: «неожиданная остановка» и «отправление».

П: Как много всего сегодня снова проходит перед моим внутренним взором. Множество неясных впечатлений.

А: Вы кажетесь немножко невеселым, как если бы чересчур сильно изменили свое мнение. Так? В один момент у вас возникло чувство, что вы больше не хотите думать и фантазировать, может быть, в тот момент, когда я сказал, что вы ждете большего от терапии. Во сне вам предлагают очень хорошее лекарство. Это длилось долго, и вы почувствовали, что не хотите больше об этом думать.

П: Я как раз сейчас подумал, опять в связи с моим нетерпением, а возможно, и в связи со сном: этим необходимо заниматься довольно долго, не сдаваться и ничего не оставлять недоделанным.

Примечание. Разочарование вызвало неудовлетворенность, которая была подавлена. Эта тема и была поднята в следующих интерпретациях.

А: Гм. Да, это одна сторона, разочарование, но желание у вас все еще есть. За этим стоит желание получить как можно больше и быстрее, не так ли?

П: Да, да, да, да.

А: Это, по-видимому, одно из желаний, которые были в вашем сне.

П: Правильно.

А: И как можно больше и быстрее, и что-то действительно особенное; очень хорошая...

П. Гм.

А: ...возможность получить что-то действительно особенное.

П: Действительно. [Короткая пауза.]

А: Этот молодой врач, который дает вам что-то, — он моложе меня.

П: Да, кажется, это именно так.

А: Гм.

Комментарий. Пациент не уловил намека, относящегося к переносу. Аналитик понял это, но никак не прокомментировал.

П: Это нетерпение. Это правда, что я стал нетерпелив. Что-то должно происходить быстро. Должен быть какой-то эффект, что-то, что я могу понять. И если это не так, то я становлюсь нетерпеливым и хочу все бросить. Если же я хорошо понимаю, то имею намного больше от этого.

А: И значит, вы едва ли не насилуете себя, стараясь быть терпеливым, не так ли? Вы подавляете свои естественные стремления, не желая проявлять нетерпение.

Комментарий. Подчеркивая, что вообще нетерпение есть что-то естественное, аналитик помогает пациенту почувствовать агрессию, которая содержится в его нетерпении.

П: Да, да, да. Я не хочу об этом знать.

А: Гм, гм, гм.

П: Когда я думаю об этом, у меня возникает чувство...

А: Гм.

П: ...что я надеюсь, что вы не бросите меня.

А: Гм. Да, возможно, вы прилагаете огромные усилия не быть нетерпеливым, как будто вас бросят, если вы однажды проявите нетерпение.

Комментарий. Это было типичное утверждение с предложением косвенной поддержки: вас не бросят, если вы станете нетерпеливым. Тем самым пациенту было ясно дано понять, что он может больше раскрыться. Формулировки типа «как если бы» часто не дают ощущения достаточной безопасности. Этот тип

интерпретаций базируется на предположении, что пациент на самом деле знает, что его тревога беспочвенна. С одной стороны, такая грамматическая форма создает ощущение открытости и это стимулирует рефлексию, но с другой — пациент остается в тени. Никакие разуверения не могут перечеркнуть бессознательные опасения. Насколько можно судить на основе подобного рода наблюдений, стереотипные интерпретации «как если бы» тоже нередко подрывают уверенность в себе. Складывается впечатление, что подобные стереотипные интерпретации весьма часто встречаются в случаях терапевтического неуспеха.

П: Я уже часто думал, что это, видимо, мой последний шанс и что, возможно, у меня не будет другого случая в жизни увидеть нечто подобное. И потом, у меня такое чувство, что я могу понять даже больше, получить...

А: Гм.

П: ...даже больше из всего этого и обратить это в творчество.

А: Гм. Да, и, возможно, сон имеет к этому отношение: как раз сегодня вы бы хотели взять как можно больше, поскольку в лечении намечается перерыв.

Комментарий. Это установило связь с ситуативными факторами, которые, возможно, вызвали сновидение: перерыв и расставание.

П: Гм, да, это возможно.

А: Получить как можно больше.

П: Гм.

А: И еще тема расставания — на сегодняшнем сеансе — из-за перерыва.

П: Гм.

А: Тем не менее это вы — тот, кто отодвигается, отодвигается от инъекции.

П: Гм.

А: Возможно, символически здесь отражена небольшая боль, да, где-то ощущается боль, потому что приближается перерыв, расставание. [Короткая пауза.]

П: Да, я как раз подумал. Моя жена спрашивала меня несколько раз: «Что ты будешь делать, когда не сможешь больше ходить к своему доктору, когда ты снова останешься сам с собой?»

Примечание. Это подтверждение предположений, содержащихся в интерпретациях?

А: Гм, гм.

П: [Глубоко вздохнув.] И я сказал, что на самом деле еще не думал об этом, да и не хочу.

А: Да, пока вы еще здесь, и я тоже.

П: Да.

А: Да, гм, гм. [Более долгая пауза.]

П: Почему-то я вдруг почувствовал себя таким защищенным и стал думать о марионетках, которые отправились гулять, но на самом деле остались на веревочках, я имею в виду — они не свободны. Да, у меня есть какое-то пространство для передвижения, но кто-то ведет меня.

Примечание. Мой успокаивающий комментарий — «пока вы еще здесь, и я тоже» — вызвал у пациента насыщенную глубоким смыслом фантазию и спровоцировал регрессию. Возможно, дело не в том, что необходимо сделать какую-то (какую?) инъекцию, а в отце или в матери пациента, которые взяли бы его за руку.

П: Вот я думаю: хорошо, пространство чтобы двигаться, двигаться, и — чтобы не быть слишком самоуверенным — говорю себе, что могу пробовать, могу делать все, потому что знаю: за моей спиной кто-то стоит. [Очень долгая пауза.] Я должен еще продумать этот вчерашний сон. Врач стоит, а я отодвигаюсь.

А: Гм, гм.

П: Я где-то стою и вижу, куда мне идти.

А: Гм, гм.

П: То одно, то другое проходит мимо.

А: Гм.

П: А он стоит там и наблюдает, наблюдает за мной. [Дышит очень глубоко.]

А: До этого вы думали о марионетках, которые двигаются, которыми управляет чья-то рука, — другими словами, за ними не только лишь наблюдают.

П: Гм.

А: Но вы можете чувствовать и можете двигаться, и поворачиваться, и крутиться, не так ли?

П: Да, да.

А: Гм, да.

П: Я внезапно получил помощь. У меня кто-то есть — здесь, рядом со мной. Из-за своей неуверенности я даже не понимал, правда это или нет. [Долгая пауза.]

А: Да, я должен закончить на сегодня. Мы продолжим в понедельник, 25-го.

П: Доктор, надеюсь, вы хорошо проведете время.

А: Спасибо, надеюсь, вы тоже, до свидания.

П: До свидания.

В ретроспективе. [Продиктовано аналитиком сразу после последнего сеанса.] Мне трудно изложить кратко основные темы этого сеанса, который был просто напичкан информацией. В конце — трогательное расставание. Что касается меня, я тоже ощущаю особенно тесную связь с пациентом в ответ на его поиски гармонии. Я думаю о кукольном театре, который всегда производил на меня очень сильное впечатление, о кукольном театре Клейста, затем думаю о матери, которая держит своего ребенка за руку. В последние несколько минут я сделал интерпретацию, чтобы смягчить расставание, о котором вначале заметил пациент, и ослабить его чувство, что его оставили совсем одного и наблюдают за ним со стороны. Это чувство нужно связать со сновидением, которое было в центре внимания на этом сеансе и о котором пациент упомянул вначале. У меня такое впечатление, будто что-то ему помешало и он не продолжил того, что намеревался сказать в тот момент, когда захотел получить от меня больше. Он сказал, что желал бы поведать об очень многом, и я с этим согласен (из-за сопротивления пассивным гомосексуальным желаниям в переносе?). Важна его боязнь, что его отвергнут, если он чего-либо нетерпеливо потребует, — вот почему он заставляет себя быть терпеливым. Я думаю о его оральных и прочих желаниях получать как можно больше и как можно быстрее, потом о его тревоге, что он, возможно, не получит достаточно, так как, по-видимому, ему часто отказывали, когда он предъявлял подобные требования. Я сформулировал его тревогу. Третья тема касалась перерыва в лечении. И в ответ на мое предположение, что ему хотелось бы взять как можно больше из нашего последнего сеанса, он действительно упомянул реплику своей жены о том, чтó он собирается делать, когда не сможет больше ходить к врачу. Я уверил его, что наши встречи продолжатся, что его не выгонят, если он проявит нетерпение.

5.2.2 Сновидение о подъемном кране

Эрих Y начал 85-й сеанс с рассказа о сновидении, которое, несомненно, произвело на него сильное впечатление. Он прерывал свои комментарии только для того, чтобы сделать несколько коротких пауз.

В этом сновидении очень разговорчивый сосед, чьи взаимоотношения с пациентом не были свободны от конфликтов, вместе с пациентом монтировал подъемный кран. Пациент немедленно добавил, что у него не было желания унизить соседа, но затем оговорился, и оговорка относилась к их напряженным отношениям, а не к сновидению. В сновидении Эрих Y был заин-

тересованным зрителем, без какой-либо конкретной функции. Важная часть крана — стрела — отсутствовала.

П: Я был полностью поглощен всем этим во сне. Как выглядит эта стрела? Как ее устанавливать? Я не мог не думать об этой отсутствующей части — что это за механизм? На что похож? Мне казалось, что это продолжалось всю ночь. Все мои мысли были сконцентрированы на том, чтобы найти потерянную часть крана. Сейчас я не знаю, какой это может иметь смысл; не думаю, что здесь есть какой-то особый смысл.

У пациента не было никаких ассоциаций. Чтобы стимулировать интерпретативную работу, я напомнил ему — думая о кастрационном комплексе, — что он отчаянно искал отсутствующую часть. Пациент повторил, что это мучило его до утра: «Что потеряно и почему?» Описывая затем свое настроение, он произнес слово, которое было первым намеком на воспоминания о травматических переживаниях в конце войны, о которых он рассказал позже.

П: Плохо здесь то, что я был настолько поглощен, будто увяз, будто оказался в плену. Я не мог оторваться, другого пути не было. Но как инженер я должен быть способен решить эту проблему. Я должен был суметь решить ее.

В ответ на мои вопросы об отсутствующей части пациент описал точную форму и функцию стрелы крана. Стрела, сказал он, важная связующая часть, и без нее кран не смог бы работать. Его задело безразличие строительной бригады; в то же время его раздражало, что он расстроился, хотя считал, что был только зрителем. Он все больше и больше волновался, в то время как бригада, ответственная за это, была безразлична.

Примечание. Его аффект является ясным знаком, что он не был никоим образом только наблюдателем, а, напротив, был очень сильно вовлечен, так же как и я. Его история напомнила мне о моих собственных отчаянных поисках предметов, положенных не на место, и о преувеличенной тревоге, как бы чего-нибудь не потерять.

А: Вы не просто наблюдатель. Очевидно, вы настолько эмоционально задеты потому, что, возможно, потеряли что-то. Это могло бы объяснить ваши интенсивные попытки использовать все свои возможности, чтобы восстановить потерянную часть.

П: Но тогда я не посторонний.

Примечание. У него сформировался идеал — быть посторонним. Я же указал на связь между эмоциональной вовлеченностью и обеспокоенностью, с одной стороны, и дистанцированием как реакцией — с другой.

Эрих Y снова подчеркнул, как его раздражала невозможность покинуть это место — то, что не было другого пути. После короткой паузы он заметил, что иногда все было хорошо, но то, что он это говорит, ничего не объясняет.

Затем он вспомнил удивительные события из своего детства, когда ему было три или четыре года. «Заключенных провозили через деревню, сначала немцы русских, затем русские немцев». Он вспомнил ощущение несчастья и беспомощности. В его сознании всплыли воспоминания об атаках пикирующих бомбардировщиков. Бесстрашно, сперва только из любопытства дети покинули безопасное место в подвале. Когда раздались взрывы, началась паника, домашние животные вырвались на свободу, многих ранило.

Я отметил «рану» и «потерю» как важные темы, намеренно подчеркивая сначала его успешные усилия преодолеть в жизни потерю того, что ему принадлежит. Такое подтверждение его успешного приобретения собственности облегчило бы заново переживаемую травму и помогло бы ему с ней справиться.

Затем пациент обрисовал сцены, в которых он чувствовал страх, страх перед русскими и страх за свою мать. Он связал это со своим более поздним конфликтом в треугольнике, сформированном его матерью, женой и им самим.

П: Я не могу встать на сторону жены, как она этого хочет. Я не могу проклинать свою мать; мы с ней близки — это факт.

Он сказал мне, что мать его жены умерла, когда жена была маленьким ребенком. Может быть, поэтому она ожидает, что он будет принадлежать исключительно ей. Затем он пожаловался, как ему не хватает отца.

П: Почему именно он должен был умереть; если бы он до сих пор был жив, нам было бы легче.

Здесь в рассказе появился дедушка, чьи ценности были главным фактором формирования Сверх-Я пациента.

Затем, по моей инициативе, мы рассмотрели, какие функции были у его отца, который мог бы легче установить связь с внешним миром. Я подчеркивал значимость потери и пытался сделать саморепрезентацию в сновидении более доступной для него, упомянув тот факт, что «кран возвышался над местностью» как символ желания компенсировать многие лишения, которые ему пришлось претерпеть во время побега на Запад вместе со своей матерью, братьями и сестрами. Эти страдания были темой остальных его ассоциаций. «К нам относились как к обузе». Он проследил свое чувство неполноценности и свое стремление добиться успеха вплоть до этих унизительных переживаний беженца.

Мое впечатление от его дальнейших ассоциаций укрепило предположение, что воображаемые им дефекты собственного

тела нужно рассматривать как производные кастрационного комплекса.

Затем я предложил обобщающую интерпретацию, намеренно используя сходный со сновидением язык образов, чтобы оживить его физические ощущения.

А: Вы бы хотели поднять выше голову и развернуть кран со стрелой высоко над всем остальным. Но затем приходит это безысходное чувство неуверенности; все потеряно. Этот симптом не просто вам мешает. Вы не можете показать, чем вы на самом деле являетесь. В такие моменты вы вспоминаете все потери. А то, что видно, — это ваши раны и их последствия. И сегодня вы вспомнили опасность, обстрел. Если вы поднимаете голову, значит, кто-то позволяет вам ее иметь.

Затем пациент еще раз пожаловался на недостаток уверенности и на то, что он всегда делает два шага назад после каждого шага вперед. Он сказал, что если на него нападают или даже просто вызывают на дискуссию и он реагирует неудачно, то он сразу думает, что «проиграл».

По реакции пациента снова видно, что воспоминание о травматических переживаниях может быть только первым шагом к тому, чтобы с ними справиться, то есть обрести уверенность.

С сегодняшней точки зрения я могу самокритично заметить, что в своем энтузиазме по поводу психодинамических связей я не заметил ситуативных моментов — болтливого соседа (аналитика) и, следовательно, вероятно, упустил возможность дать интерпретации переноса на основе ситуации «здесь-и-теперь».

Я приготовил следующий краткий психодинамический обзор, чтобы продемонстрировать читателю литературное и теоретическое обоснование, под влиянием которого, по-видимому, более или менее сознательно я оказался. Желание пациента высоко поднять голову и быть большим и сильным подавлено бессознательными опасениями, что он способен демонстрировать себя только как человека дефектного. Его невротические дефекты, например идея, что его пенис слишком мал, подбородок слишком короток, а нос уродлив, снова усилились в связи с его неврологическим симптомом — кривошеей. Этот дефект был виден каждому. Это был порочный круг, в котором травмы далекого прошлого оказывались связаны с тем, что люди смотрят на него как на «калеку», и заставляли ощущать стыд. Дефект, который у него был раньше только в воображении, стал реальностью, во-первых, потому, что появилось физическое заболевание, и, во-вторых, из-за явного нарушения его образа собственного тела в связи с рядом описанных выше событий.

Я соотнес его кастрационный комплекс с дефицитарной саморепрезентацией. Это утверждение содержит множество промежуточных заключений. Не было сказано, что человеческое

тело с отсутствующим фаллосом соответствует подъемному крану без стрелы. Использовалась метафора, основанная на первичности антропоморфного восприятия и мышления. Машины, построенные человеком, были продолжением собственного тела пациента, и он управлял ими в своих сновидениях, как при анимистическом мышлении. Кран — средство саморепрезентации пациента, которую нам удалось создать с помощью интерпретаций. Таким же образом надо было разрешить множество вопросов. Почему пациент не описал себя как человеческое тело без фаллоса? И когда он использовал кран, почему он просто не приделал к нему гигантскую стрелу вместо отчаянных поисков потерянной части? По крайней мере в этом случае всемогущее желание фаллоса отчетливо бы не проявилось. Он описал недостаток и искал ему замену. Во сне она, кажется, действительно произошла; он искал помощи. Мне была необходима гипотеза, что боль отделения от жизненной и доставляющей наслаждение части тела была так велика, что сновидец обратился к косвенному описанию, которое не исключало бы возможности, что сам он все еще «цел». Таким образом, пациент получил некоторое пространство для маневра так, словно он еще может преодолеть и скомпенсировать устрашающую травму, которая выявилась как заметный дефект. Так возникла аналогия между репрезентацией в сновидении и дисморфофобией. Я еще раз должен подчеркнуть, что этиология кривошеи лежит на другом уровне.

Из этого описания нетрудно заключить, как можно терапевтически прервать круг событий и не позволить ситуативным провоцирующим факторам (например, ситуациям «под наблюдением») запускать искаженное движение, источником которого является неврологическое нарушение. Дело лишь в том, чтобы преобразовать в терапевтические шаги клинически хорошо обоснованную теорию ситуационного запуска и вышеописанные зависимости.

5.2.3 Сновидение о починке автомобиля

В комментарии я отразил мысли, лежавшие в основе моих интерпретаций. Мои заключения базировались на чувствах, которые возбудили во мне затронутые темы.

Первая часть 153-го сеанса была посвящена ссоре пациента с женой. Он закончил эту часть сеанса решением найти конструктивный выход из конфликта.

П: Я пытался поговорить с ней: «Скажи мне, чтó не так. Давай обсудим это». Я всегда знаю, когда она может нормально обо всем говорить и не злиться. Я сам должен стать решительнее

и стараться не чувствовать все время, что на меня нападают, а понимать, что она сваливает все на меня потому, что думает, будто это из-за меня она стала такой, какая есть.

Способность пациента отвечать жене стала одним из позитивных результатов терапии.

После паузы он заговорил о сновидении, которое показалось ему необычным.

П: Прошлой ночью я видел другой сон — очень своеобразный. Я был опять в гараже, потому что у моей машины была не в порядке выхлопная труба. Она сломалась. Возникли трудности, поскольку имеющиеся трубы не подходили. Тогда стали делать новую выхлопную трубу. Проблема была с глушителем, и все больше и больше людей начинало возиться с этим глушителем. В конце концов все в этом гараже были заняты работой с выхлопной трубой. И вдруг все закончилось. Моя машина была готова, и я едва верил, что мне помогало так много людей. Затем мне полагалось заплатить за это, и я сказал, что, конечно, заплачу.

Примечание. Это сновидение вызвало у меня предположение об анальном источнике его ипохондрического нарушения образа тела.

Пациент отметил, как много было помогающих рук.

П: Сегодня утром я думал об этом, когда молился. У меня вдруг возникла идея, что это мои собратья дали мне так много, когда я не мог найти нигде помощи. Они меня принимали. И вы тоже были одним из них. Последний раз я хотел сказать, что чем больше я освобождаюсь от своих проблем, тем более набожным я становлюсь, и это мне дает так много... так много уверенности.

А: Да, во сне все починилось; сломанное вновь стало целым.

Примечание. Вначале я почувствовал раздражение, когда он включил меня в секту фанатиков, в которую входил сам. Затем я почувствовал, что пациент, очевидно, нуждается в этой гармонии и должен был включить меня туда, чтобы укрепить свое чувство безопасности. Его сновидение с анальной символикой придало мне энтузиазма. Это было первое сновидение на подобную тему на протяжении всего анализа. Я думал о том, что некоторые экстрапирамидальные нарушения сопровождаются копролалией. Такие пациенты чувствуют навязчивое желание говорить непристойные слова, особенно связанные с фекалиями.

Я обратился к его образу себя в сновидении, к предполагаемому скрытому анальному значению последнего и к явно упомянутым анальным признакам — выпусканию воздуха, шипению, получению удовольствия, выпусканию газов, вони. Я также употребил слова «пуканье» и «дерьмо» и использовал слово

«горшок» буквально. Я предполагал, что он будет отвергать этот анальный аспект и что у него страстное желание быть любимым, даже в качестве вонючки.

П: Смешно, но у меня только что возникла мысль, что там, в гараже, была одна женщина. Я был холостяком, и она меня сразу очаровала. Это не имеет никакого отношения к выхлопной трубе.

Примечание. Это дополнение было, по-видимому, спровоцировано моей интерпретацией его страстного желания быть любимым в любом случае. Женщина не соответствовала анальному миру мужчин и мальчиков.

Пациент подробнее рассказал о сексуальных играх, в которые он играл в детстве, в результате чего появилось несколько новых деталей.

А: Вы чувствуете безопасность, когда молитесь вместе со своей братией. Там вы неплохой парень, не вонючка, не пердун.

П: Я по-другому отношусь к сексу, а вот моя жена до сих пор осуждает меня, когда я глажу ее, ласкаю ее ягодицы, грудь и гениталии.

А: То, что я сказал о выхлопной трубе, движении кишок и плохом запахе, кажется вам чуждым; у меня такое впечатление, что я вас не убедил.

П: Не совсем.

Примечание. Мои усиленные попытки делать интерпретации зашли слишком далеко. Пациент не отвечал на них. Поэтому я попытался связать это для него с темой помощи, возвращаясь к этому снова и подвергая сомнению собственную убежденность. Хотя я был уверен в своих предположениях о бессознательном смысле, у меня были сомнения относительно своевременности моих настойчивых намеков. Поэтому я пытался напомнить пациенту о впечатлениях, которые он получил еще дома на ферме. Пациент припомнил много подробностей.

П: И там был деревенский бык, и к нему приводили коров, чтобы он покрыл их. Теперь я вспомнил кое-что, некое переживание в то время, когда я был учеником мастера. Рабочий попросил меня раздеться и поиграть моими гениталиями у него на заднице.

Я удивился, что это утерянное воспоминание, напрямую связанное с темой, стало снова доступно сознанию. Пациент не сказал, как далеко зашло соблазнение, и я не хотел быть навязчивым. До конца сеанса пациент говорил об этом переживании, о своих страхах быть пойманным и наказанным, о своей покорности другим, о боязни что-нибудь сломать, а также о своем удовольствии и любопытстве.

5.2.4 Сновидение об агенте

Прежде чем рассказывать следующее сновидение на 216-м сеансе, Эрих Y назвал себя «типичным», имея в виду, что он хорошо вписывается в рамки своих проблем.

П: Они искали агента, и я был у них на подозрении. Чтобы избежать разоблачения, я должен был ходить как калека.

Поощренный моей выжидательной позой, пациент продолжил, добавив, что кто-то за ним шел по пятам, преследовал везде и повсюду — в поездках, на вокзале, в туалете.

П: Я должен был сдерживаться, потому что не мог встать в полный рост, вытянуться — меня бы узнали.

Так и осталось неясным, почему его преследовали в сновидении и в чем его обвиняли. Его просто разыскивали как агента, и самым главным для него было спрятаться.

Рассказ о том, как он горбился и боялся распрямиться, чтобы его не узнали и не взяли под стражу, навел меня на мысль о том, как он подавляет свои жесты. Я отметил, что многие из его действий были связаны с чувством вины. Как агент, он действовал секретно и скрытно.

Имея в виду неоднозначность, с которой он воспринимал мою роль, я осторожно подготовил почву для интерпретации переноса: сознательно он воспринимал меня как того, кто предлагает ему помощь; бессознательно же он боялся того, что может обнаружиться и выйти на всеобщее обозрение.

А: Это всегда волнует вас. Как вы можете хранить в секрете свои агрессивные фантазии и фантазии о том, что вы агент? Как вы можете их спрятать? Не сойдя с ума и не позволив никому узнать, кто вы есть на самом деле.

П: Это правильно. Существует множество вещей, которые я должен держать в голове, чтобы не дать повода подозревать меня.

А: Итак, вы остаетесь горбатым даже тогда, когда это вовсе не необходимо, как, например, здесь со мной.

Комментарий. Так как пациент знал, что аналитик не был ни полицейским или секретным агентом, ни государственным поверенным, читателя может удивить такая осторожность аналитика. Однако назвать несовместимую двусмысленность ее настоящим именем было все же прояснением. Многие аналитики не заботятся о таких вещах, поскольку полагают, что столь простые прояснения того, что пациент очень хорошо знает, либо излишни, либо их можно сделать, если потребует ситуация. Мы думаем, что упоминание о двойственности функции в данной конкретной интерпретации переноса несколько разубеждает, но

именно таким путем можно во всю ширь развернуть бессознательные тайные действия.

Я заключил свою интерпретацию замечанием о том, что пациент как бы примеряет свои любимые роли, когда смотрит фильмы о детективах и агентах, чтобы узнать больше о самом себе.

Затем пациент стал искать причину того, что он «все больше горбится, чтобы его не узнали». Он обвинил себя в том, что он трус, и совершенно неожиданно вдруг сказал: «Стать отцом не трудно, трудно им быть». Мы оба удивились этой неожиданной мысли, и я в своей интерпретации без обиняков обратился к ассоциациям пациента: «Вы можете быстро стать отцом, если не будете поджимать хвост. Вам всегда приходится поджимать хвост, чтобы ничего не случилось».

Пациент откликнулся на метафоричность этих разговорных выражений и привел много примеров. Он все еще боялся, что я его выгоню, если он уступит своим агрессивным фантазиям. Он описал себя как пойманную птицу, которая хочет улететь или, едва научившись летать, покинувшую гнездо и сразу испугавшуюся, что ее накажут или она сама причинит кому-то вред. «Да, меня лишили крыльев».

Тогда в интерпретации я предложил несколько возможных причин такого поведения, которые пациент тщетно искал. Чтобы очертить целый спектр причин с надеждой на более широкую перспективу, я заговорил о желании быть активным вообще. Я описал руки — руки агента, — которым не разрешалось дотрагиваться до некоторых вещей. Диалог содержал также прямое утверждение: «Вы — агент. Вы видите намного больше, даже здесь в моем кабинете, когда смотрите кругом. Но даже тогда вы думаете, что делаете что-то недозволенное».

Ободренный моей прямотой, пациент сделал полезное открытие, что крылья он связал себе сам, хотя до этого всегда полагал, что это ограничение на него наложили другие.

Примечание. Это открытие не может изменить того факта, что — в полном соответствии с теорией тревоги Фрейда — Эриху Y грозили вполне реальные опасности и он действительно пострадал. Но оставался еще терапевтически важный вопрос: почему же пациент все еще трусил и опускал голову?

П: Я сам держу себя в этой позе. Я связываю себе крылья.

А: Страх наказания у вас оживляется снова и снова; вы боитесь лишиться еще большего, если не свяжете себя.

П: Гм.

А: Как это было в другом сне, где вам делали операцию?

П: Да... гм... в голове. Мне вынимали мозги.

А: В сновидении вы защищаетесь от того, чего боитесь, от еще больших ран.

П: Да, странно то, что я позволил своему телу и всему, что находится в моем распоряжении, что я позволил себе зайти так далеко, что все время хожу изогнутый и похожий на горбуна, что не борюсь с этим. Почему?

В конце сеанса звучала тема отношений между преследователем и преследуемым. Пациент обратился к этим идеям, перечисляя, на что бы это было похоже, если бы он ответил тем же и заплатил сполна за все то унижение и стыд, которые перенес. Эта перемена ролей проявилась в сильной степени в следующем сновидении, об ампутации.

5.2.5 Сновидение об ампутации

В последней трети 223-го сеанса Эрих Y рассказал чрезвычайно впечатляющее сновидение. В определенном контексте слово «нога» напомнило ему ужасный сон.

Сновидению предшествовала тема, которая часто занимала пациента и выступала как дневной остаток. Его беспокоило, захочет ли страховая компания платить за его лечение, и поэтому он хотел уменьшить частоту встреч. Пациент оплачивал небольшую часть расходов сам, около 10 марок за сеанс. Будучи добровольным членом общественного страхового фонда, он лечился как частный пациент. Необходимо сразу отметить этот провоцирующий фактор, то есть его беспокойство, поскольку пациент был сильно озабочен, — и это доказывает, что незначительные причины могут привести к большим последствиям. Бессознательно он переживал эту плату как существенную материальную потерю — ущерб телу.

Сначала мы обсудили вопросы финансирования лечения, сбережений и скупости. Он и его жена по-разному относились к деньгам. Эриха Y чрезвычайно сильно волновали небольшие долги, которые у него появились с покупкой дома. После того как мы долго рассматривали рациональные и иррациональные стороны всего этого, было произнесено слово «нога», и оно напомнило сон.

П: Я хочу быть свободным, снова встать на ноги. Слово «нога» напоминает ужасный сон, который я видел этой ночью. Я был здесь с вами, и вы прихрамывали. После того как вы сели, я спросил: «Что с вами?» — «Это моя другая нога, мне ампутировали другую ногу». — «Что вы имеете в виду — ваша другая нога?» — «Ну, одна из моих ног уже сделана из дерева, и теперь я потерял другую тоже». Я просто совсем не мог этому поверить. Я даже не замечал, что у вас уже была одна деревянная нога и теперь вот другая. Вы были до-

вольно спокойны. Я просто не мог пережить этого. Это очень странно, какие мысленные комбинации проявляются в снах.

А: Да, вы хотите, чтобы я оставался целым, без повреждений, хотите быть уверенным, что со мной ничего не произойдет. Это значит, что вы должны быть внимательны и осторожны, чтобы не обидеть меня. На последнем сеансе мы говорили о преследовании и о жертве, о потерпевшем и о нападающем.

Ассоциации и интерпретации шли из дневных остатков. Пациент воспринял мое предложение ему самому участвовать в оплате как угрозу своему телесному существованию. Он был сам удивлен и даже поражен своим очень эмоциональным откликом на мою рекомендацию.

Я сконцентрировал мои интерпретации на том факте, что пациент пытается обезопасить свой мир и гармонию посредством подчинения и что он одновременно чувствует себя жертвой. Крепко удерживая и храня то, чем он обладает, он установил некий баланс и тем самым преодолел ущерб, от которого страдал.

А: Мое предложение явилось вторжением в вашу сущность. Око за око, зуб за зуб. Как люди мне, так и я им.

П: Я действительно могу представить, что если бы я должен был платить полностью за эти сеансы, то ощущал бы такое напряжение, что постарался бы как можно скорее выбраться отсюда, добиться успеха, покончить с этим и получить хоть какое-то облегчение.

Комментарий. Бессознательные желания и ожидания пациента можно было бы связать и иначе — с реалистическим восприятием, — если бы не возник вопрос о дополнительной плате — небольшое увеличение общей платы примерно с 80 до 90 марок за сеанс, что, конечно, импонировало бы и аналитику. Просьба к пациенту о доплате не была умышленным шагом аналитика, чтобы направить перенос в определенном направлении. Нет необходимости искусственно создавать правдоподобные и реалистичные впечатления, которые могут оказаться оскорбительными. Полезность того, что пациент частично оплачивает терапию сам, в этом случае видна из хода дальнейших мыслей пациента.

А: Да, вы почувствуете себя под таким давлением, что легче было бы вам рассердиться, поскольку я оказываюсь тем, кто залезает глубоко вам в карман и отнимает ногу, на которой вы стоите. Если бы вы должны были оплачивать сами все, это было бы огромным бременем. Вы ведь чувствуете это, когда речь идет всего лишь о 10 марках. Конечно, вы можете преуменьшить значение этого, все не так уж и плохо в конце

концов, хотя кажется сейчас плохим. Это также видно в сновидении. Моя просьба — нападение на вас. Око за око, зуб за зуб. Удачно, что вы запомнили это, увидели обо всем этом сновидение и что вы сказали мне об этом. Вы неожиданно подумали о сновидении.

П: Гм, да, я думал об этом сне несколько раз в течение уик-энда. И я спрашивал себя: «Почему?»

Комментарий. Как общий принцип, а не только уступка силе бессознательной динамики рекомендуется фокусировать интерпретации на обеспечении безопасности и начинать со стремления к целостности, с реактивных формаций и способов преодоления дефицита. Аналитик следовал этому правилу в ходе данного фрагмента терапии. Он исходил из предположения, что пациент хотел бы, чтобы аналитик остался невредим, чтобы с ним ничего не случилось и любые травмы были бы преодолены. В противном случае и он сам, калека, также не имел бы шанса уцелеть.

Это сновидение о переносе дает возможность понимания генезиса дефектов в телесном образе, поскольку в нем травма транслировалась обратно, в контекст своего генезиса в межличностном взаимодействии.

Та же тема продолжилась в сновидении об обезглавливании, описанном ниже.

5.2.6 Сновидение об обезглавливании

Эрих Y начал 230-й сеанс, отметив ухудшение своих симптомов в связи с семейной ссорой. По моему впечатлению, пациент время от времени реагировал на педантичное поведение своей жены тем, что пытался все делать правильно, и это было, конечно, выше его возможностей. Перед этими семейными проблемами я был также беспомощен, поскольку поведение его жены влияло на его психическую жизнь, усиливая его Сверх-Я. Кроме того, она отказалась от консультирования, хотя при этом обвиняла пациента в том, что у него одного есть возможность выложить все, что у него в голове, и найти в этом некоторое облегчение.

После небольшой паузы настроение изменилось и пациент испуганно рассказал мне об «ужасном сне», который он видел прошлой ночью.

П: Мы были в небольшой компании, мне незнакомой. Два человека ссорились, затем это перешло в драку. Один человек оторвал у другого голову и бросил ее в сторону, а человек с оторванной головой неожиданно исчез. Хотя я находился там, я не знал, куда он делся. Он исчез, они отделались от

него без следа, то же и с девушкой — она на какое-то время пропала. Она исчезла точно таким же образом. Головы она не лишилась — просто исчезла. [Короткая пауза.] Странно, такой кошмарный сон.

А: Да, это продолжение вашего сна о том, как я потерял ногу. Интенсивность борьбы, само сражение, стремление иметь хорошее положение в обществе — вот что стало проясняться.

Примечание. Этим я хотел подчеркнуть продолжение кастрационной темы в переносе.

П: Во сне я помог разрушить все знаки борьбы, чтобы сделать расследование невозможным. Там была печь и черт знает что еще, и все было разрушено и переставлено, так что никто не смог бы ничего обнаружить, даже подумать, что я только что наблюдал за тем, что происходило. [Долгая пауза.]

А: Вы всегда должны были успокаивать людей или скрывать что-то, прятать вещи, прятаться самому и не быть агрессивным, не соревноваться, не бороться до самого конца. Отчасти потому, что вы боялись. Но вы также были проигравшим, маленьким мальчиком, беженцем, который должен был поджимать хвост и наблюдать за двумя мужчинами, сражающимися за свою жизнь. Хотя вы были только наблюдателем во сне, вы активно участвовали в сокрытии того, что было.

Примечание. Я рассматривал фатальную и кошмарную дуэль и как символ переноса, и как множественную саморепрезентацию пациента, который — в результате проработки последствий более ранних дуэлей на бессознательном уровне — представлял себя с оторванной головой. Он еще и отдалился, или расщепился, если угодно, так, что превратился только в невинного свидетеля. Вначале для меня был наиболее важен защитный аспект сновидения.

П: Но это было так ужасно.

А: Не случайно, что здесь замешана голова. Голова задействована в огромном количестве вещей. Ваша идея, что вы маленький, отчасти является результатом мысли, что что-то потеряно, хотя очевидно, что всего хватает. Но на уровне образов, фантазий и бессознательного желания трансформировались в действия. Говорят же, например, что кто-то рискует своей шеей, если подвергается опасности.

П: Гм.

А: Гм. Вы также спрашивали себя, почему изобразили меня калекой.

Примечание. Я установил здесь связь со сновидением, в котором пациент увидел меня с ампутированной ногой, и привлек его внимание к факту, что произошло изменение. На уровне сновидения он теперь тоже преступник, он перестал быть про-

сто жертвой. Этот переход от пассивного страдания к активному участию важен не только по общетерапевтическим причинам. Я снова и снова думал о том, что потенциалы действий могли бы проявляться в автоматизированной последовательности движений таким же образом, как Лоренц описал действие вакуума (Lorenz, Leyhausen, 1968).

П: Гм.

А: Долгое время вы смотрели на себя как на того, кто ранен, как на жертву.

П: Гм.

А: Поскольку вы очень боитесь самого себя, вы были жертвой, а не преступником. И кроме того, вы также старались скрыть все свои следы, чтобы никто ничего не заметил и не знал, что вы в чем-либо участвовали. Как и любой другой, вы человек соревнующийся, включенный в жаркие диспуты и соперничество, даже в убийство и в человекоубийство — нет, не в реальности, — но у вас есть такие импульсы на уровне фантазии.

Делая обобщение, что пациент — человек, как и любой другой, я старался настолько ослабить его тревогу по поводу фатально агрессивных действий, чтобы он смог уделить больше пространства этим бессознательным аспектам. По той же причине я подчеркнул, что разговор идет на уровне фантазий, — это после того, как далековато зашел, использовав слова «убийство» и «человекоубийство», которые шокировали пациента. Читая запись сеанса, я подумал о том, что пациент делал оговорки, выдающие опасения, что я могу каким-либо способом использовать его мысли, возможно не в его интересах.

П: Эта чувствительность, в ней дело. Вчера на работе. Как раз сейчас есть человек в офисе, который собирается сделать себе карьеру в филиале. Он собирает у нас информацию и перенимает опыт, и он приходит ко мне и спрашивает о том о сем. Я дал ему информацию, документацию и копию месячного отчета — так что он знает, с чем отчитываться в управлении. После всего этого один коллега сказал, что у него оказались на вооружении самые лучшие материалы. Он имел в виду, что мы не должны были помогать новичку выйти на такой хороший старт.

Примечание. У чрезмерного желания пациента помогать была и другая, неискренняя сторона. Соперничество и соревнование были привнесены сюда на уровне дневного остатка — как конкуренция между идеями. Как показывают нижеследующие ассоциации, у пациента была хорошая идея, которую кто-то другой у него отнял. Смысл здесь в том, что нечто возникшее в его голове оказалось изъятым.

У пациента была очень хорошая идея о том, как значительно улучшить сложившийся на работе порядок. В горьком молчании он предстал перед фактом, что его начальник взял кредит для этого и действовал так, как если бы это была его идея.

П: Это очень сильно обидело меня, но я смирился.

А: Смотрите, он забрал то, что было в вашей голове. Он забрал вашу голову, говоря на языке сна. В этой ситуации есть некоторое соперничество. Вы поджали хвост, ну и...

Моя интерпретация соотносилась с моими теоретическими размышлениями. Дневные остатки являются незначительным поводом с огромными последствиями.

П: Гм.

А: Вы можете видеть, что другие весьма завистливы или не стараются контролировать свою зависть.

П: Но когда я направляю свет на себя [пациент вздохнул], я чувствую, будто пускаю пыль в глаза.

А: Да.

П: Это до сих пор обидно. Я на самом деле должен быть доволен, что мне пришла в голову мысль и что она была удачная. Да ладно, было бы полезно, если бы шеф там у себя наверху знал, что это была именно моя идея или чья-то там еще.

А: Вы видите, как много соперничества. Вы ведете свои дуэли. Когда вы дотрагиваетесь до своей головы, то, по-видимому, дуэль, которую вы ведете в своей голове, становится дуэлью между вашей рукой и вашей головой.

В этой интерпретации я попытался сфокусироваться на интернализации дуэли. Эриха Y всегда беспокоило, как он пользуется рукой, борясь с непроизвольным поворачиванием шеи. Чем больше он сердился и чем больше силы прилагала его рука, тем сильнее было противодействие, поворачивающее голову направо. Его наблюдения заслуживают внимания. В дополнение к дуэли, описанной выше, поворачивание головы вызывалось и прикосновениями другого рода, например бритьем или дотрагиванием до щеки. Моя интерпретация основывалась на предположении, что на бессознательном уровне его симптом был внутренней дуэлью, и в своих интерпретациях я пытался сдвинуть конфликт обратно на уровень межличностного взаимодействия, включая *перенос*.

А: Ваша рука — ваша собственность. Она принадлежит вам, как и ваша голова, но когда вы дотрагиваетесь до себя, трогаете свою голову, тогда ваша рука, по-видимому, превращается в чуждый объект...

П: Гм, гм.

А: ...во что-то, что на вас нападает.

П: Гм. [Долгая пауза.]

А: Когда я прошу денег, даже если это маленькая сумма, она кажется значительной. Как если бы это стоило кусочка от вас самого. Это бессознательно вызывает чудовищное чувство утраты, что ведет к приступу бешенства, заставляющему вас отрубить мне ногу.

Я понимал, что важно обратиться к этому конфликту в переносе на конкретном для пациента уровне. На уровне аффектов.

П: Это чувство, это напряжение, как оно выражено во сне, настолько огромно, другими словами, просто запредельно, как в этом сне, — голову с плеч...

А: Да-да. [Долгая пауза.]

П: ...как если бы не было никаких альтернатив.

А: Гм. Да, недаром существуют охотники за головами.

П: Гм.

А: Кроме того, голова — это что-то магическое. Иметь голову — значит иметь силу. Точно так же как отрезание гениталий и получение силы от них; это на том же уровне. [Долгая пауза.] Каннибалы поедают человеческое мясо, чтобы взять силу своих врагов себе.

В этих интерпретациях я пытался оживить магические компоненты на различных уровнях, чтобы сделать пациента более восприимчивым к его собственным бессознательным мотивам. У меня немедленно возникло чувство, что я зашел слишком далеко, и поэтому в своих следующих комментариях вернулся к уровню симптомов и, значит, к зависти к людям вокруг него, у которых с головой все в порядке.

П: Гм.

А: За вашими жалобами стоит многое. «Если бы у меня только была другая голова, если бы у меня только была его голова». И теперь — переход на личности: «У вас могла бы быть моя голова». Помните, я воспроизвел ход ваших мыслей, воруя ваши идеи так же, как это сделал ваш начальник.

Примечание. Я напомнил одно из более ранних сновидений пациента и сослался сейчас на него, чтобы прояснить ему, почему он старался на языке своего сновидения получить и мою голову тоже и присвоить суть моих идей.

П: Да-да, угу-угу, да, угу-угу. Но эти идеи — каменный век, вот как далеко назад они зашли.

Пациент очень оживился. В то время как он проявлял свое согласие, повторяя «да-да», его голос был полон энтузиазма, который слегка поколебала мысль о примитивности его идей.

А: Да, они у всех у нас есть.

П: Конечно, каждый несет их в своем бессознательном, как в рюкзаке, но я не могу контролировать их, когда это делаю, возникает вытеснение. Но желание обладать и сила, которая не может выйти на поверхность, — этого нельзя допускать.

Если бы каждый действовал в соответствии с этим принципом, то был бы только убийцей и человекоубийцей. [Долгая пауза.] Сейчас я думаю о человеческих взаимоотношениях и о жалобах. Иногда отмечаешь, как клиент старается выяснить, что реально произошло. Я так понимаю, он не контролирует себя, не попадает в цель и все перестает видеться в правильной перспективе. Люди, которые действуют таким образом, даже в повседневной жизни, омерзительны.

Примечание. Было логично, что пациент старался направить интенсивность соревнования и соперничества в приемлемые разумом формы, как это показывают и все другие дневные остатки. Мне было важно прояснить компоненты переноса, особенно в связи с его личным вкладом 10 марок в мой гонорар, которые он переживал как потерю своей сущности.

П: Я не сомневаюсь, что есть способности, возможности и мысли, которые можно пробудить и не стать от этого жестоким. Что за радость для меня призвать коллегу к ответу, имел ли он право воспользоваться моей идеей? Что мне от этого теперь? Он сам знает, что это неправильно. Я должен так контролировать себя, чтобы не дать ему ни кусочка моего ума, тогда я буду удовлетворен. Гм. Да, естественно, я бы и сам хотел делать что-то хорошее, быть не хуже других.

Остаток сеанса был посвящен этой теме и соревнованию.

П: Естественно, это важный пункт — переживание обиды, чувство, что вас обошли. Как вы говорите, что-то у меня отняли, и это значит, я стал ущербнее, ограниченнее, но для меня это мелочный способ мышления.

А: Да, но я думаю, все это только выглядит таким образом. Это не мелочно — из-за огромных последствий, которые мы переживаем. Это на самом деле скорее нечто противоположное мелочности, что-то важное потому, что последствия, которые мы ощущаем, огромны, и потому, что так вы скрываете, как сильно это вас затрагивает. Еще вы ощущаете это как что-то мелкое потому, что на сознательном уровне это на самом деле не так уж страшно.

П: Гм.

А: С одной стороны, это смешно, тогда как с другой — это огромный опыт.

П: Да, эмоциональный.

А: Когда я взял с вас десять марок, тогда я пошел в наступление на вашу сущность: быть или не быть.

П: Да.

А: Или когда я помещаю ход ваших мыслей себе в голову, вам хочется взять мою голову себе и носить ее у всех на виду, а не ходить сгорбленно, как агент. Вы бы хотели забраться в мою голову, да, и взять себе, что там есть, все, что я знаю.

Тогда бы у вас у самого все было. Это естественно. Тогда вы были бы свободны и...

П: Гм.

А: ...и были бы сильны и могущественны и все такое прочее, что вы приписываете моей голове. Как если бы у меня были сверхмозги или я был бы важной шишкой.

П: Гм.

А: Шишки — это те, у кого есть много-много денег, кто богат и у кого есть власть, — влиятельные отцы, как тот, о котором вы страстно мечтали после столь ранней потери своего собственного отца, когда были в бегах, оставив свой дом и потеряв семейный очаг. [Пауза.]

П: Может быть, я все же обманываюсь, если думаю, что другой человек, шишка, который все держит под своим контролем, может наверняка считать, что я хочу этим воспользоваться.

А: Гм. Но скрывать — тоже не лучшее решение, не так ли? Мы должны на этом остановиться.

Пациент попрощался, пожелав мне хорошо провести выходные дни, и я сделал то же самое.

Комментарий. Немаловажно то, как заканчиваются сеансы, и то, какие слова используются для объявления об их окончании. Оба участника подчиняются времени, хотя и по-разному. Форма «мы» подчеркивает общее, что не должно подчеркиваться аналитиком постоянно, поскольку пациент имеет право только на 45 или 50 минут. Именно аналитик должен закончить сеанс, если он хочет строго придерживаться расписания. Чтобы напоминать пациенту об этом, мы рекомендуем аналитику использовать форму «я» при объявлении об окончании, переключаясь на «мы», только когда это кажется целесообразным, исходя из настроения на сеансе.

5.3 Сновидение о симптоме

Появление симптомов в сновидениях вовсе не удивительно. Согласно теории исполнения желаний, как раз должно бы очень часто случаться, чтобы индивид преодолевал во сне свои симптомы и изображал себя здоровым человеком. В следующем сновидении, описанном на 268-м сеансе, Эрих Y страдал от кривошеи. Этот факт не заслуживал бы особого комментария, если бы не тот смысл, который мы с пациентом придали этому событию. Ассоциации пациента и мои интерпретации показывают, что поворот его головы во сне представлял собой исследовательские движения, которые могли быть аналогичны движениям младенца у материнской груди.

Эрих Y сказал, что в этом сне он бесцельно и тревожно бродил вокруг. Компания, на которую он работал, была разбросана по огромной территории. Столовая располагалась отдельно, а завод — на заднем плане, в сельской местности.

П: У меня было чувство, что я маленький и потерялся. Потом я встретил секретаря и ассистента, которые разговаривали. Кажется, я стоял в стороне. Затем мы прошли некоторое расстояние, и моя голова повернулась в сторону. Я не мог ее контролировать; сколько усилий я ни прилагал, я не мог ничего сделать. Моя голова повернулась в сторону как раз в тот момент, когда было важно, чтобы она была посередине.

Примечание. Ощущение потерянности пациента во сне и его огромная неуверенность заставили меня подумать о тех ситуациях в детстве, когда особенно заметны беспомощность и недостаточная моторная координация.

А: Ну, а что вы можете вспомнить о своем настроении во сне? Может ли быть так, что вы там что-то воспроизводите? Вы так обнажены перед огромным миром...

Пациент горячо отрицал, что чувствовал себя под наблюдением, а затем продолжил:

П: Я чувствовал себя нехорошо. Я стоял один-одинешенек и ни с кем не общался. Директора компании что-то обсуждали. Я чувствовал себя лишним. У меня было такое чувство, будто я нахожусь в другом мире, это... [Длинная пауза.] Это как-то связано с «ребенком», но я не могу сказать как, это настолько отдаленно.

А: В огромном пространстве, брошенный всеми на произвол судьбы, без всякой поддержки, и нет руки, на которую можно опереться.

П: Да, я никому не был нужен, может быть, потому, что я ходил не говоря ни слова, или потому, что как-то не так выглядел или вел себя отстраненно. Может быть, я и хотел бы подойти и принять в чем-то участие, но это было совершенно невозможно из-за моего собственного отношения и поведения. Люди как-то чувствовали, что я не подпускаю никого близко к себе, хотя даже я и хотел бы этого. Интересно, что сейчас я подумал о женской груди.

А: Что? Подумали об этом прямо сейчас?

П: Мысленно, как ребенок, ищущий грудь матери, чтобы набраться сил, — я без иронии.

А: Да-да, вас забеспокоило, что я отреагирую *иронически*.

П: Но у меня не было никаких сексуальных ощущений.

Примечание. Я был так далек от того, чтобы из сексуального желания пациента делать вывод о его стремлении к первичному объекту и вторичному открытию последнего, что не мог отнести лично к себе его беспокойство по поводу того, что его прего-

нитальная чувственность может вызвать у меня ироническую насмешку. Уже давно я отдавал себе отчет в том, что в теории либидо нельзя стирать различия между разными видами удовольствия.

А: Да, как если бы я подумал только о вашем сексуальном желании, а не о каком-либо другом. Даже дети поворачивают голову.

П: Я сейчас не могу выбросить эту мысль из головы.

А: Да, но почему вы должны выбрасывать это из головы или отворачивать от этого голову? Вы ведь это имеете в виду, так?

П: Хм.

А: Как раз тогда, когда вы во сне ищете именно этого, в огромном пространстве.

П: С поворачиванием к груди и с тем, чтобы что-то от нее получить, связана тревога, потому что кто-нибудь может неправильно это понять, подумать, что я делаю что-то плохое всегда, когда я выражаю свои чувства — протесты — другим людям. [Пауза.] Я воображаю всегда то же самое, прямо как во сне. Секретарь и ассистент кажутся такими огромными, потому что я их увеличиваю.

А: Да, но точно так же грудь может казаться очень большой по сравнению со ртом. Она кажется очень большой, если видна только ее часть.

П: У меня такое чувство, что я располагаю гораздо большим набором ощущений, связанных с матерью, чем мне хотелось бы думать и чем я показываю, и что я всегда, даже ребенком, искал любви и привязанности, но даже и ребенком был очень замкнут и ничего не говорил о своих чувствах. Иногда с женой я веду себя немножко по-детски; когда мы прижимаемся друг к другу и я обнимаю, держу и касаюсь ее, она говорит: «Эй, в чем дело?! Это ненормально, ты ни в чем не знаешь меры». И здесь есть параллель с сегодняшними проблемами, так было всегда. Я искал того же и в любви. Любовь, любовь, привязанность.

В этом отрывке Эрих Y говорит о любви в широком смысле слова и мысленно защищается от своей жены, которая неверно понимает его нежные чувственные ощущения из-за того, что их конечная цель сексуальна по своей природе, и выражает неудовольствие даже после «безобидных» контактов. Так с самого начала она гасила его особое стремление к близости и нежности.

Разное для мужчин и женщин соотношение нежности и сексуальности часто ведет к серьезному взаимному непониманию. Поэтому Фрейд не случайно создал две теории нежности, которые были широко исследованы, в частности Балинтом (Balint, 1935).

5.4 Размышления о психогенезе

С самого начала в центре внимания терапии Эриха Y были ограничения в ощущении себя, возникшие как результат его воображаемых физических дефектов. Уже на 5-м сеансе пациент описал сновидение, в котором получает повреждения в автомобильной аварии. На 35-м сеансе, в связи с темой контроля над движениями и действиями, он впервые стал обсуждать тему марионеток, которая позднее появлялась в различных вариантах. И в диалогах с психоаналитиком, и в сновидениях дефекты занимали большую часть представления пациента о себе. Выбранные нами сновидения характеризуют момент кульминационного выражения тем, отражающих тенденцию к сдвигу от неодушевленных предметов к людям в объектах, выбранных для изображения пациентом себя. Этот сдвиг был не просто линейным изменением. Наши непосредственные коллеги (Geist, Kächele, 1979; Schultz, 1973) в более ранних публикациях рассматривали вопрос о том, какие изменения можно увидеть в серии сновидений, и о том, какие диагностические и прогностические выводы видны уже в первом из них. Здесь мы используем серию сновидений, чтобы показать те проблемы, которые мы прорабатывали, так как процесс лечения, с нашей точки зрения, является видом фокальной терапии с меняющимся фокусом внимания (см. т. 1, гл. 9). Мы постарались сфокусировать внимание в сновидениях на дефектах Я и вследствие этого игнорировали другие аспекты терапевтического процесса, имеющие значение для общего обзора.

Мы убеждены, что эта серия сновидений является существенной для прояснения генезиса дисморфофобии. Если допустить, что компромиссы по своей структуре сходны, то симптом лежит на том же уровне, что и сновидение. Согласно психоаналитической психопатологии конфликта, симптом и сновидение связаны друг с другом идеей компромисса между вытесняющими и вытесненными силами и идеями (Freud, 1896b, p. 170). Мы прилагаем идею компромисса к генезису симптомов в такой же мере, как и к интерпретации сновидения и ко всем продуктам бессознательного в целом. Фрейд подчеркивал,

> что невротические симптомы являются результатом конфликта... Две конфликтовавшие силы снова встречаются в симптоме и примиряются друг с другом, как прежде, путем создания компромисса — симптома. Именно по этой причине симптом является таким стойким: он поддерживается обеими сторонами (Freud, 1916/17, pp. 358—359).

Итак, что представляет собой в случае Эриха Y *кривошея*? В соответствии с разграничениями, сделанными в первичном диагнозе, это было неврологическое заболевание, усиленное пси-

хическими конфликтами, которые влияли и на его течение. В терапевтическом интервью иногда происходит стирание различий между чисто *невротическими* симптомами дисморфофобии и *физиологической природой* сворачивания шеи. Невротическое нарушение движения вошло в контекст выразительных и эмоциональных движений в сновидении об агенте и в тот образ движения—поиска материнской груди, который появился у пациента. Одним из следствий *целостной* природы человеческого воспитания является то, что часто пациенты не разделяют психический и физический источники своих физических ограничений. В этом отношении перед аналитиком стоит сложная задача исследования того, что и по каким причинам пациент думает о своей болезни. Важным аспектом являются объяснения пациентом своего нездоровья, которое он часто воспринимает, например, как форму наказания. Даже неверная с научной точки зрения субъективная теория происхождения заболевания служит одним из средств, с помощью которых пациент справляется с болезнью. Наблюдения пациента и его предположения относительно заболевания часто открывают доступ к физическим факторам, которые, возможно, играли роль в возникновении и течении болезни. Перед аналитиком стоит задача диагностического расчленения и объяснения роли физических и психических компонентов в возникновении и развитии болезни. С другой стороны, важно, чтобы аналитик серьезно относился к теории самого пациента о своей болезни, так как в противном случае две стороны будут говорить на разных языках.

Состояние Эриха Y сильно зависело от того, мог ли он стоять прямо или из-за социальной и связанной со Сверх-Я тревоги должен был делать что-то украдкой, как съежившийся от страха трус, который боится быть узнанным или — как в сновидении с агентом-шпионом — схваченным. Не поддающееся сознательному контролю заметное поворачивание шеи усиливало его чувство небезопасности, создавая характерный замкнутый круг, в котором физическое заболевание усиливает психическое нарушение и наоборот. Невротические идеи Эриха Y об уродстве своей головы и других недостатках, которые Райх, вероятно, отнес бы к защитным механизмам личности (см. гл. 4), за несколько десятков лет привели даже к тому, что пациент уже не мог свободно и беспрепятственно передвигаться. Его брак был полон конфликтов, что являлось одной из причин ослабления у него чувства безопасности. В этой связи представляется важным экзистенциональное значение выпрямленной позы, так как способность прямо стоять и сохранять выпрямленное положение относится к фундаментальным человеческим переживаниям и служит источником для огромного количества метафор. Систематические исследования способности ребенка к

прямохождению (Mahler et al., 1975; Amsterdam, Levitt, 1980), проведенные за несколько последних десятилетий, дополнили ранние феноменологические и психоаналитические исследования (Freud, 1930a; Erikson, 1950; Straus, 1952). Очевидно, что физическое нарушение, которое воспринимается человеком как неспособность контролировать или координировать движения, оживляет скрытую неуверенность, уходящую корнями в его далекое прошлое. В данном конкретном случае огромную роль играли условия, при которых потеря пациентом своей автономности сопровождалась чувством стыда, а уверенность в себе превратилась в робость, и то, каким образом это изменение могло бы стать обратимым. Невротические симптомы такого рода поддаются изменениям.

Для Эриха Y его физический симптом (кривошея) был связан с чувством вины, стыда и тревоги. Для того чтобы снять вторичную невротизацию, аналитик следовал собственным теориям пациента. Можно было предположить, что освобождение пациента от невротического страдания повлияет также на физический симптом, так как уменьшатся его тревожные ожидания и одновременно увеличится как общий, так и конкретный потенциал возбудимости.

Так как общие принципы изучения гипотез в терапевтических исследованиях рассматривались в первой главе, здесь мы ограничимся аналогией между движениями поиска материнской груди и патологическим поворачиванием головы в сторону. Напомним, что одной из ассоциаций Эриха Y в сновидении была женская грудь, превратившаяся в кормящую грудь матери. В переносе пациент боялся быть отвергнутым и, следовательно, пытался обрести уверенность в себе, но при этом подчеркивал, что у него нет никаких сексуальных устремлений. Ситуативной причиной его тревоги по поводу того, что и аналитик тоже может неправильно истолковать его стремление к близости и нежности, был тот факт, что жена часто отвергала его. С терапевтической точки зрения этот эпизод был явно очень важным. Однако какой это имеет смысл для предполагаемой аналогии между поисковыми движениями и патологическим поворачиванием? Можно ли допустить, что кривошея, то есть поворачивание головы в сторону, явилась проявлением бессознательного рефлекса поиска орального объекта?

Эти вопросы связаны с тем, насколько большую роль в развитии болезни пациента играли психогенные факторы. Знания о ходе лечения поддерживают ту точку зрения, которую мы изложили во введении, а именно то, что психические факторы способствуют появлению и обострению симптома. Интересно, прояснили ли наблюдения, сделанные в данном конкретном случае, вопрос о том, как психические факторы и психогенные ус-

ловия действуют в качестве способствующих причин (то, что Фрейд обозначил термином «комплементарный ряд»).

Чтобы помочь читателям сохранить ориентацию, мы сделаем выводы из следующего обсуждения, взвешивая различные факторы в комплементарном ряду в соответствии с теорией, которой мы придерживаемся, а именно теорией неспецифической природы патогенеза психосоматических заболеваний. Физическая предрасположенность в самом широком смысле этого слова определяет, какое именно возникнет заболевание. Конкретные симптомы, таким образом, следуют биологически заданным факторам, коренящимся в физической конституции, которые Фрейд описал как комплементарный ряд, а в схеме Александера они упоминаются как «уязвимый орган» (см. разд. 9.7). Случайные психологические аспекты способствуют модификации физических реакций. В отношении нижеследующих рассуждений мы можем вначале поставить решающий вопрос о том, почему раннее нарушение, предполагающее существование психической предпосылки заболевания, так долго не проявляется в течение жизни.

Мелитта Митчерлих (Melitta Mitscherlich, 1983) приложила эту общую гипотезу к раннему нарушению в генезисе кривошеи. Несмотря на проблемы, возникшие в ходе дискуссии Абрахама (Abraham, 1921) и Ференци (Ferenczi, 1921) о тиках и кривошее как о (доэдиповой) конверсионной истерии, в описанных ею ранних исследованиях и в исследовании 1983 года она доказала, что кривошея представляет собой *довербальный символ*. Согласно Митчерлих, такие пациенты регрессируют настолько сильно, что становятся неспособными использовать лингвистические символы для выражения аффектов. В этом состоянии глубокой регрессии пациенты снова прибегают к двигательным формам выражения (прообразы которых относятся к стадии, предшествующей развитию Я), так как другие средства выражения являются недоступными. Согласно автору, используемые в таких случаях моторные паттерны соответствуют по своему происхождению описанной Шпицем инфантильной схеме настроечных движений сосания и касания. Вслед за Ференци (Ferenczi, 1913), писавшим о «всемогуществе жестов», М. Митчерлих говорит о магической вере пациентов с кривошеей во «всемогущество движения». В самой двигательной активности заложена глубокая амбивалентность поворачивания «по направлению» голодного ребенка и отворачивания ребенка, утолившего свой голод.

Инфантильные по происхождению и сходные с ними поисковые движения в регрессивном состоянии — это одна сторона, другой стороной являются экстрапирамидальные движения головы при кривошее. Следует подчеркнуть, что сворачива-

ние головы в сторону при кривошее следует рассматривать в свете результатов нейрофизиологических исследований, а не по аналогии с какой-либо естественной схемой инфантильного моторного движения. С неврологической точки зрения мышечную активность, или гиперкинезию, видную на электромиограмме, можно интерпретировать как дезинтеграцию в экстрапирамидальной программе двигательной схемы, которая приводит к ошибочной активации соответствующих мышц через центральную нервную систему. Согласно Фассхауэру (Fasshauer, 1983, p. 538), «кроме того, что эта двигательная аномалия крайне сложна по своей сути, существует другой аргумент против психогенного происхождения спазматической кривошеи», а именно то, что при произвольном поворачивании головы происходит коиннервация мышц-антагонистов, напряженных уже в расслабленном состоянии. Другими словами, аномальное движение при кривошее не является изолированным психогенным симптомом в смысле регрессивно видоизмененного поискового движения. Для доказательства этой теории было бы необходимо исследовать много вопросов, например какие когнитивные аффективные процессы вызывают у взрослых инфантильные поисковые движения и, что более важно, как эти поисковые движения путем регрессии могут трансформироваться в движения кривошеи. Концепция «пресимвола» может заменить правдоподобные гипотезы, и их исследование не больше чем предположение о доэдиповой конверсии. Так же как и все другие рассуждения о якобы раннем генезисе физических заболеваний, концепция «пресимвола» содержит в высшей степени спекулятивные предположения о процессах расщепления. Чтобы не быть понятыми неправильно, мы хотели бы особо подчеркнуть, что обнаружение Фрейдом и Брейером последствий запрещения аффектов и значения отыгрывания и катарсиса в терапии представляет собой основу клинического психоанализа. Но если движения поворачивания головы в сторону были бы основаны на отщеплении описанных инстинктивных или аффективных оральных объектных отношений, то их можно было бы обнаружить в примитивном катарсическом крике или в какой-либо физической терапии, чего, однако, не произошло. Нельзя также ожидать, что в случае кривошеи или сходных физических заболеваний отыгрывание может быть терапевтически эффективным, так как эти симптомы возникают не из-за отщепления какой-то части аффекта.

Хотя данные критические замечания о психогенезе соматических заболеваний вообще и кривошеи в частности ограничивают пределы психоаналитической терапии, но в то же время они создают для нее прочную научную основу. Двигаясь от факторов, поддерживающих симптомокомплекс, можно столкнуться

с типичной базовой тревогой, которая вызывается и усиливается болезнью и существует в форме, соответствующей индивидуальной психодинамике пациента. Из этого вытекает ряд особых задач для терапевтической техники. В соответствии с Ульмской процессуальной моделью, изложенной в общих чертах в первом томе (разд. 9.4), мы описали некоторые проблемы, отталкиваясь от психоанализа Эриха Y как от тематического фокуса. Согласно теории генезиса психосоматических заболеваний, которой мы придерживаемся долгие годы, этот фокус и кривошея связаны *неспецифически*. Таким образом, мы разделяем точку зрения Бройтигама и Кристиана на то, «что в большинстве психосоматических заболеваний *образующие, то есть специфические для данного заболевания, элементы присутствуют уже в физической предрасположенности*» (Bräutigam, Christian, 1986, p. 21). Наш опыт также говорит о том, что проявление и течение заболевания зависят как от психических, так и от социальных факторов.

Множество и многообразие психических проблем означают принципиальную невероятность существования специфических корреляций между кривошеей — или другими соматическими заболеваниями — и специфическими конфликтами. Но все же мнение многих врачей о том, что, например, пациенты с кривошеей отличаются каким-то образом от других пациентов, основано, возможно, не только на субъективном обобщении наблюдений. Наблюдаемое или предполагаемое сходство является результатом того факта, что одно и то же заболевание провоцирует сходные психосоциальные проблемы, которые в свою очередь влияют на дальнейшее течение болезни и реактивируют типичные тревоги и чувство незащищенности. На этом основан психоаналитический подход к тому, как наиболее благоприятно воздействовать на течение заболевания и облегчить субъективные страдания пациента. Из неспецифичности патогенеза, таким образом, было бы ошибочно делать вывод, что психические факторы играют меньшую роль в проявлении и течении заболевания. Если аналитик проводит психодинамическую диагностику с точки зрения терапии, то есть определяя тематические фокусы, то и он и пациент будут действовать так, что появится возможность для изменений. Другое дело — проводить групповое сравнение. Вопрос о том, к какому типу относится данный конкретный случай, зависит от точки зрения исследователя. Но из-за отсутствия исследований катамнеза и знаний о влиянии заболевания на субъективное состояние пациента только на основе данных, которые мы получили, обобщения делать нельзя. Тот несомненный факт, что *вторичная невротизация* происходит часто или даже всегда, следует признать очень важным и, с нашей

точки зрения, вполне достаточным для показаний к психоаналитической терапии.

Для пациентов, которые уже и так являются невротиками, особенно тяжело ощущать свою беспомощность в отношении хронической болезни, бросающейся в глаза другим людям. Когда есть заметные физические симптомы, социальные и моральные опасения часто усиливают друг друга, что приводит к изоляции пациента, который стремится избежать унизительных взглядов других людей. Возникающее в результате чувство незащищенности приводит к тому, что пациент сам начинает больше следить за собой. Теперь, как и другие люди, он тоже пристально смотрит на себя, и это создает феномен сороконожки, то есть усиленное самоосознание заставляет его спотыкаться о собственные ноги. Терапевтическое освобождение от наблюдения за собой идет рука об руку с освобождением от чувства, что другие люди смотрят на него, дает пациенту возможность получить новый опыт в его отношениях с аналитиком.

С этой точки зрения легко объяснима зависимость проявления симптомов от настроения, от ситуации, психологической и жизненной (см.: Bräutigam, 1956), например автоматическое усиление симптомов, вызванное беспокойством пациента по поводу того, что на него смотрят. Кристиан (Christian, 1986) использовал сходный подход для объяснения писчего спазма, рассматривая его как результат трудности одновременной обработки аффективных и когнитивных требований. Нарушение плавности действия происходит из-за того, что одновременная обработка противоречивых аффективных и когнитивных требований превышает способность пациента их координировать. Агонисты и антагонисты в буквальном смысле слова работают друг против друга, вместо того чтобы действовать гармонично и согласованно. Писчий спазм является целенаправленным поведением и, очевидно, обладает инструментальным аспектом, в то время как у патологического поворачивания головы при кривошее такого не имеется. Писчий спазм вызывается прикосновением к писчим принадлежностям или же самим процессом письма. Критические взгляды других людей часто являются фактором, усиливающим симптомы. Зачастую писчий спазм случается только в специфических ситуациях или после особых действий, например если банковскому кассиру нужно расписаться. Понятно, что писчий спазм, так же как и другие виды спазмов и ошибочных действий (например, при игре на музыкальных инструментах), а также тики, следует рассматривать прежде всего в контексте его бессознательного значения; в случае же кривошеи этот контекст отсутствует.

Мы считаем, что в свете результатов исследования аффектов эти процессы в широком смысле можно считать бессозна-

тельными, то есть они не являются сознательными. Например, сознание опасности сопровождается тревогой, которая создает моторную готовность к движению (от объекта), поэтому весьма вероятно, что при неосознанном тревожном напряжении бессознательного происхождения мышцы получают приток иннервации, возбуждающий стимул, а гиперкинетическая активность вызывается экстрапирамидальной системой благодаря автоматической готовности к возможному движению. Такая схема может быть приложима ко всем обычным «напряжениям», которые проявляются как индивидуальные особенности реагирования. Психоаналитическая терапия исходит из этих особенностей и их соотношения с невротическими или соматическими симптомами.

6 От начального интервью к терапии

Введение

Данная глава, дополняющая соответствующую главу в первом томе, посвящена чрезвычайно важному моменту — переходу от начального интервью к терапии. Этот шаг может быть продемонстрирован с особой ясностью применительно к тем пациентам, которых часто рассматривают как неподходящих для психоанализа или психоаналитической терапии. Опыт показывает, что такие факторы, как социальный класс, делинквентность и особенности подросткового возраста, связаны с особыми проблемами, по крайней мере на первоначальном этапе (см. разд. 6.2). Присущая аналитику манера обращения с семьей пациента является еще одним фактором, который тем или иным образом может повлиять на терапию (см. разд. 6.3). В этой главе мы на конкретном материале (разд. 6.4) продолжаем данное в первом томе детальное описание проблем, связанных с оплатой третьей стороной. Отдельный параграф (разд. 6.5) посвящен описанию того, какое влияние на перенос оказывают экспертные отчеты, обязательные для немецкой системы медицинского страхования.

6.1 Начальное интервью

Этому начальному интервью предшествовал короткий телефонный разговор. Психиатр, после проведения многочисленных диагностических обследований, порекомендовал Людвигу Y аналитическую терапию и дал ему адреса нескольких частнопрактикующих психотерапевтов. В течение нескольких последующих месяцев Людвигу Y не удалось организовать ни одной встречи с этими терапевтами. У меня было несколько причин для незамедлительного приглашения его на начальное интервью. Вежливая и скромная манера, в которой он обратился с вопросом и которая казалась полностью лишенной эмоциональной вовлеченности, заставила меня задаться вопросом, не потому ли ему отказывали или направляли к другим терапевтам. В ходе нашего телефонного разговора я предположил, что его потреб-

ность в помощи была гораздо более острой, чем он был способен ее выразить.

Людвиг Y приехал в точно назначенное время. Ему было около 30 лет. Он был высоким, весьма стройным и выглядел довольно печальным. В течение нескольких месяцев он тщетно подвергался обследованиям из-за разнообразных психосоматических симптомов, которые в первую очередь затрагивали его сердечно-сосудистую систему и пищеварительный тракт. Несмотря на плохое состояние, он не отсиживался дома, а, напротив, старался демонстрировать, что является очень добросовестным служащим.

С самого начала первого интервью я обратил внимание на противоречие между его упорными и неустанными поисками психотерапевта и определенной неспособностью передать всю остроту своего положения. Это впечатление, которое возникло у меня и тогда, когда он позвонил мне, чтобы назначить встречу, навело меня на размышления о том, что состояние его плачевно и он едва держится на плаву. В своем первом комментарии я обратился к его способности не сдаваться, которую он сохранял, несмотря на все свои мучения и беспомощность. Он был очень доволен, когда я сказал, что он серьезно отнесся к совету пройти курс психотерапии и не отказался от звонков и попыток договориться о лечении. Он подтвердил это со свойственной ему сдержанностью, сообщив, что упорство является одной из его сильных сторон. Затем он повернулся ко мне и отчетливо повторил слово «настойчивость».

Я мог заметить, насколько Людвиг Y гордился этим словом и как глубоко оно его тронуло. Благодаря его быстрой реакции на мое замечание о его удивительной настойчивости между нами что-то установилось. Он и его отец часто вели разговоры на изысканном языке, который был выше уровня обыденной жизни. Это их сближало, помогало забыть очень скромные условия, в которых они жили. Позже прояснился и другой аспект отношения Людвига Y к своему отцу, который объяснил его настойчивость в поиске психоаналитика. Его отец педантично следовал спущенным сверху рекомендациям, и пациент считал такое мягкое самоутверждение образцом для своего собственного поведения.

А: Что делает вас таким настойчивым?

П: Мой второй брак находится под угрозой разрыва! Ссора за ссорой. И мы говорим друг другу ужасные слова.

А: Слова, которыми обмениваетесь вы и ваша жена?

П: [Немного помолчав.] Для меня спор почти исключен. Я и рассердиться не могу. От психиатра я узнал, что причина этого в том, что я не ощущаю себя личностью. Он дал мне что-то вроде домашнего задания. Мне было предложено подумать о

том, что я действительно люблю, но мне ничего не нравится; нет ничего, о чем бы я мог сказать, что я это люблю. Например, когда я смотрю на чью-либо коллекцию пластинок, то могу сказать про него: «Да, он любит классическую музыку!» Но моя коллекция находится в полном хаосе; джаз и классическая музыка — все смешано. И еще когда кто-нибудь говорит мне, что он потрясен литургией Моцарта или что соната Бетховена вызывает у него слезы, — нет, этого я совершенно не понимаю.

А: Вы только что огляделись вокруг.

На этот раз, поощренный моим комментарием, он более открыто оглядел все, каждый угол. Я коснулся его любопытства, заметив: «Сейчас вы начинаете с самого начала!» — и мы оба рассмеялись.

П: Да, я вижу цветы. И на картине тоже цветы. Должен сказать вам, что я заключен в оболочку, которая ничему не позволяет проникать глубоко. А если ничто не может проникнуть внутрь, то и нет ничего, что могло бы внутри находиться.

А: Значит, вы думаете, если нет ничего, что могло бы находиться внутри, то ничто и не может вас беспокоить. Вы не можете разозлиться. Поэтому у вас мирные отношения с другими людьми.

П: Да, но *сейчас* я «дал течь». Моя жена критикует меня за то, что я часто остаюсь внутренне безразличным, и за то, что я безынициативен. Это приводит ее в бешенство, и тогда она поднимает шум и пытается спровоцировать меня своими ужасными словами.

Он привел несколько примеров, как его жена жаловалась на то, что должна почти все делать сама, потому что он ничего не предлагает и не берет на себя ответственность. Затем он переменил тему разговора.

П: Недавно я сделал над собой много наблюдений. Когда я был моложе, у меня не было девушки. Я никого не мог пригласить, потому что всегда боялся, что мне откажут и я останусь один. Поэтому я просто и не пытался. Пока не появилась одна и сама не сделала мне предложение, и я женился на ней, потому что *она* так хотела. Все это было обречено. У нас случались ужасные сцены, прежде чем мы развелись. Я позволял ей все, влез в долги и переехал в дом своих родителей. Тогда у меня была депрессия. Понадобилось психиатрическое лечение. Меня обследовали на предмет какого-то душевного расстройства, которого у меня не было. Потом давали таблетки.

Людвиг Y оформлял свои мысли в подозрительно короткие предложения. Очевидно, он очень долго их обдумывал. Время от времени его глаза становились влажными, но он быстро подав-

лял свои чувства, как будто бы думал, что это может мне докучать. Он также извинялся, когда думал, что перебил меня или я собирался что-то сказать. Я кратко резюмировал данное наблюдение, которое объяснило мое первое впечатление, что он позволяет собой верховодить.

А: У меня создалось впечатление, что вы стараетесь кратко и объективно описать, что вас беспокоит, и что при этом вы стараетесь уступать мне и внимательно относитесь к тому, что говорю я, потому что внутренне вы хотите вызвать у меня впечатление, что вы исключительно приятный человек.

П: [Усмехается, как будто бы он знал это.] Но если результаты будут другими, они окажутся самыми плохими.

Пациент снова стал говорить о своем сильном беспокойстве, что он не может ухватиться за что-нибудь. Он сказал, что это однажды даже заставило его подумать о том, что с ним что-то не в порядке, то есть что он, возможно, душевнобольной.

Я не сказал пациенту ничего нового, когда охарактеризовал его вежливость и скромность как способ адаптации к ситуации. Но, чувствуя себя понятым, он начал с большей настоятельностью и эмоциональной вовлеченностью описывать свои *новые* ощущения. Я снова обратил внимание на его способность к точному восприятию и точным формулировкам, которая свидетельствовала о том, как много он мог впитывать и запечатлевать.

А: Имеется явное расхождение между вашими мыслями о том, что вы неспособны ничего удержать, и вашими тонкими описаниями, в которых вы отмечаете все необходимое, чтобы составить представление о ваших трудностях.

П: Я горжусь своей способностью выражать себя.

Сразу после этого позитивного утверждения я закончил первое интервью, указав на то, что наши 50 минут истекли. Мы договорились о встрече через два дня, чтобы продолжить наше обсуждение.

На следующую встречу Людвиг Y принес заключение своего семейного врача. Как выяснилось в конце сеанса, при нем были часы, будильник которых должен был издать сигнал по истечении 50 минут. Он обратил мое внимание на ошибку в заключении врача, но ничего не сказал о том обстоятельстве, что в качестве предположительного диагноза там фигурировал «психоз». Я подумал, что Людвиг Y захочет сообщить мне нечто важное.

П: Что-то было у меня на душе. Иногда я становлюсь бунтарем и иду в наступление. Но все это идет от головы. Здесь все возбуждается, в то время как внутри я чувствую пустоту. Все очень спутано.

А: Это связано с вашей тревогой о том, что все, о чем вы говорите, может быть очень путаным.

Пациент не прореагировал на данный комментарий и продолжал говорить о пустоте внутри него.

А: Я думаю, что вы используете эту пустоту, о которой говорите, как своеобразный фантастический объект. Если внутри вас пусто, то больше не остается ничего, что заставило бы вас чувствовать опасность в роли нападающего и бунтаря.

П: [Улыбаясь мне.] Итак, у меня есть фантастический объект, который я использую, чтобы защитить себя? Конечно, если мне приходится заходить так далеко, чтобы защищаться, то, должно быть, то, что внутри меня, выглядит действительно плохо. Мне интересно, что же обнаружится.

А: Такие мысли возникают у людей, когда они обдумывают, стоит ли проходить психоанализ.

П: Итак, я — в хорошей компании, со многими другими.

А: Да, и некоторые из них так и не преодолели эту тревогу, не решились пройти терапию.

П: Я уверен, что не смогу продолжать жить так, как живу сейчас.

Примечание. В начале сеанса пациент предоставил информацию, которая была в контексте его адаптивного поведения на первой встрече. Я ожидал дополнительного материала, который позволил бы побольше выяснить о его тревоге и защите в ограниченных рамках начальных интервью. Вероятно, я слишком рано обратился к его тревоге. Однако пациент не проигнорировал полностью мой комментарий, а просто продолжал говорить о своем *чувстве пустоты*. Он самостоятельно совершил переход от моей интерпретации его чувства пустоты как фантастического объекта к употреблению слова «защита», оставаясь при этом в спокойном состоянии. Я также использовал ситуацию, чтобы продвинуться с принятием решения в отношении психоанализа. Для запроса-страховки мне было необходимо получить другие данные. Пациент не обращал внимания на то, что психоз фигурировал в качестве предположительного диагноза. Этот факт мог указывать на его беспокойство, не является ли чувство пустоты проявлением чего-то еще более опасного.

После паузы Людвиг Y совершенно неожиданно спросил:

П: Не связана ли с этим моя *неустойчивость*?

Я подвинул к нему заключение, которое все еще лежало на моем столе.

А: Прочитали ли вы диагноз и не о нем ли вы упоминаете?

П: Да, я прочитал его, но не знаю, что он означает.

А: «Психоз» означает «душевнобольной» — то, о чем мы упоминали в нашей прошлой беседе.

П: В самом деле? У меня этого нет.

А: А вы никогда прежде не бывали в психиатрической клинике?

20 1031

П: Нет. [И быстро добавил.] Как и никто в моей семье.

А: С вашей точки зрения, какой диагноз подошел бы вам?

П: У меня для этого недостаточно знаний.

Пациент, не проявляя особого интереса, выслушал мое объяснение о различии между психозом и неврозом. Он явно хотел продолжения разговора о своей неустойчивости.

А: Вероятно, мы должны вернуться к тому, что вы обозначили как неустойчивость. Мне кажется, вы хотели сказать об этом еще что-то, перед тем как я переменил тему.

П: Когда кто-нибудь ведет за собой, я всегда иду следом [усмехается]. Однажды я испытал магическую тягу к автономии. Сейчас стыжусь этого. Я попал в плохую компанию — компанию выпивох. [Пациент громко рассмеялся и кивнул в мою сторону.] Все хвастались перед другими. То было время, когда я разошелся со своей первой женой.

А: Алкоголь помог выйти на поверхность тому, что происходило внутри вас и что при других условиях внутри бы и осталось.

П: Пьяницы и дети говорят правду. Что ж, тогда то, что находится во мне, выглядит неважно. Это меня пугает.

Примечание. Я не поверил, что он — один из тех, кто, напиваясь, делает громкие заявления. Я предположил, что он — в своей фантазии — становится участником того, что делают другие, когда снимаются некоторые сдерживающие факторы. Это побудило меня к следующему терапевтическому вмешательству.

А: Вы преимущественно *наблюдали* и, наблюдая за другими, пытались как можно больше узнать о самом себе.

П: Я люблю так делать. [Он очень живо описал, как смотрел на других людей, например на вокзале, а затем рассказывал своей жене длинные истории о том, что видел.] Естественно, все это является моей собственной историей. Я знаю это.

К концу сеанса он задал вопрос, адресованный нам обоим:

П: Смогу ли я справиться с собой, достичь чего-нибудь?

А: То, как вы подхватили, о чем я говорил сегодня, и как развили дальше мои мысли, особенно в отношении ваших усилий избегать тревог — и для обозначения этого вы использовали слово «защита», — очень обнадеживает.

Будильник на его часах зазвенел, объявляя конец сеанса. Мы оба, конечно, рассмеялись. Такие моменты общего веселья играли очень важную роль в дальнейшей терапии.

Примечание. Во время нашего обсуждения его диагноза мои попытки получить и предоставить ему побольше информации встретили противодействие на уровне его сознания. Я в некотором роде извинился за смену предмета разговора и вернулся к обсуждению темы неустойчивости. Но в последовавшем за этим материале пациент возвратился к своим опасениям сойти с ума, хотя он и не произнес этих слов. Отвечая на его вопрос, верю

ли я, что он может достигнуть чего-либо, работая со мной, я не обратился вновь к теме душевного заболевания или сумасшествия, а суммировал те пункты, понимания которых он смог достигнуть в течение двух наших интервью. Особенно он боялся, что из-за его преимущественно пассивного участия в попойках он будет отнесен к числу алкоголиков: для диагностики своего общего состояния он использовал термин «неустойчивость» и почувствовал себя понятым, когда я дал комментарий, что он пришел к этому в попытке найти себя, наблюдая за другими.

На третье интервью Людвиг Y пришел без часов с будильником.

П: Я оставил вчера свои часы у отца. Но сначала я должен вам кое-что сообщить. Произошло изменение. Просыпаясь этим утром, через проемы в ставнях я наблюдал за тем, что происходило снаружи. Я слышал птиц. И я подумал, что после нашего последнего разговора что-то открылось во мне, как проемы между ставнями. Я могу немного воспринимать то, что находится внутри меня; я понял что-то. Я понимаю, что отсутствие у меня внутренних ощущений связано с моими страхами. Чего же я боюсь?

А: Да, это направление для движения.

П: Я уже сделал большой шаг вперед.

Он поговорил немного о том облегчении, которое почувствовал благодаря ощущению большего доверия самому себе. Остальное время мы посвятили сбору дополнительной информации для заявки на пользование страховкой.

Своими первыми высказываниями пациент хотел выразить вновь обретенную им надежду. Одной из причин его беспокойства было время, которое ему потребуется, и темп изменений. Хотя Людвиг Y часто упоминал о своих тревогах, было ясно, что его беспокоит, скоро ли он подойдет к более глубоким формам тревоги и каким образом сможет с моей помощью справиться с ними. Как это часто бывает в начальных интервью, он проверял, какой темп установлен в работе. Его вопрос о том, насколько он должен доверять самому себе, подразумевал также и другой — может ли он доверять мне — тема, которая со всей очевидностью часто поднималась позже.

Резюме. В данной ситуации был прямой переход от этих трех интервью к анализу. Удалось установить значимые конфликты и сделать первые шаги в направлении решения проблем. Его выраженное внутреннее напряжение существенно уменьшилось после моих интерпретаций его защит от тревоги. Он описал свои инсайты и свои надежды, а также начал переупорядочивать старые наблюдения и новое видение. В его обеспокоенность по поводу того, что он может стать сумасшедшим, вклю-

чились многие другие содержательные моменты, эквиваленты которых нашли свое выражение в психоаналитических симптомах и отчасти (через регрессию) в депрессивной реакции. Опыт показывает, что подобные опасения стать сумасшедшим могут быть снижены, если есть возможность связать *психотофобические* идеи с накопленным индивидуальным содержанием. Это уже просматривается в трех проведенных интервью. Первостепенной задачей было прояснение этих опасений, чтобы немного повысить степень релаксации, необходимой для терапевтических отношений. На нашей первой встрече были признаки того, как он разрешил свой конфликт с отцом. Эту тему можно было легко проследить по тому, как она разыгрывалась в переносе. Мне понравились манера его размышлений и точные выражения; он вместе со мной посмеялся над собой и миром, как делал это вместе со своим отцом.

6.2 Специфические проблемы

Существуют серьезные причины, чтобы отвести достаточно много места специфическим проблемам, которые возникают при переходе от начального диагностического интервью к терапии. Аналитику не требуются какие-либо специфические навыки, когда он начинает анализ образованного пациента из верхнего слоя среднего класса; страдания сильно мотивируют такого пациента в отношении психоанализа. Мы уже привели в разделе 2.1 несколько примеров плавного перехода от начального интервью к терапии. Начальное интервью, которое кратко рассмотрено в предшествующем разделе (6.1), также не предъявляет аналитику особых требований гибкого применения психоаналитического метода. Однако способность аналитика, заключающаяся в *адаптивном* использовании показаний, подвергается испытанию, когда встает задача мотивировать на прохождение анализа тех пациентов, которым психоанализ по разным причинам менее доступен. За исключением психотиков, пациентов, страдающих маниями, и пограничных пациентов, часто нуждающихся сначала в стационарном лечении, существуют три основные группы, с которыми связаны особые проблемы. Эти группы могут быть определены такими категориями, как социальный класс (разд. 6.2.1), делинквентность (разд. 6.2.2) и подростковый возраст (разд. 6.2.3). Эти категории представляют большие трудности, по крайней мере на начальном этапе, то есть на этапе перехода от интервью к терапии, независимо от различий между группами и между индивидуальными случаями. Перед нами стоит задача проверить, насколько применимы адаптивные показания в отношении пациентов, которые не соответствуют

критериям *селективных* показаний и которые поэтому будут отсеяны как непригодные для стандартной техники психоанализа. Однако если аналитик сможет адаптироваться к ожиданиям отдельного пациента, то группа неподходящих пациентов сократится до случаев со специфическими проблемами. Таким образом, адаптивное показание избавит многих пациентов от унылой судьбы хождения по кругу от одного кабинета к другому. Несомненно, часто бывает очень трудно убедить незамотивированного пациента в целесообразности психотерапии. Вследствие этого пациенты, которые не допускают возможности существования связи между своими переживаниями и рядом симптомов, являются очень непопулярными среди любых психотерапевтов. Таким пациентам часто отказывают уже по телефону. Конечно, благоприятным знаком может служить то, что пациент не позволяет себе разочаровываться и прилагает усилия, чтобы лечиться. В этом отношении пациенты, о которых мы можем сообщить — в силу того, что они находят лазейки в наши кабинеты, — составляют особую категорию.

6.2.1 Социальный класс

Несмотря на то что в данном разделе рассматриваются случаи, преимущественно связанные с пациентами, принадлежащими к более низко стоящим социальным классам, мы озаглавили его более емко по той причине, что, соглашаясь с результатами Кремериуса (Cremerius et al., 1979), хотим подчеркнуть, что социальный класс сам по себе является фактором, выдвигающим методологические проблемы. Вовсе не случайно, что после того, как в ФРГ общественные комиссии по медицинскому страхованию согласились платить за аналитическое и психодинамическое лечение, две трети пациентов, получивших такое лечение, были «белыми воротничками» и только одну треть составили квалифицированные и неквалифицированные рабочие, то есть группа населения, застрахованная по первичной (наименее избирательной) схеме общественного здравоохранения (die Allgemeine Ortskrankenkasse). С другой стороны, как показало исследование Кремериуса и его сотрудников, представители богатых и высокопоставленных слоев населения сравнительно редко принимают решение посещать аналитика.

Здесь мы ограничимся теми специальными задачами, которые возникают на начальных этапах терапии пациентов, принадлежащих к низшему классу. Мы придерживаемся определения классов, которое базируется на широко употребляемых критериях (Hollingshead, Redlich, 1958; Menne, Schröter, 1980). Ими считаются род занятий и образование.

Пациенты из низшего класса — это «синие воротнички» — рабочие (включая квалифицированных), работники, преимущественно занимающиеся ручным трудом, и мелкие фермеры, которые не закончили обычную, профессиональную или коммерческую школу, образование и род занятий родителей которых (отцов и, вероятно, также матерей) были аналогичными. То же относится к роду занятий и образованию супругов замужних женщин, поскольку социальный статус и социоэкономическое положение семьи преимущественно детерминированы служебным положением и заработком мужа (Menne, Schröter, 1980, р. 16).

В отношении пациентов из низшего класса, по крайней мере на начальном этапе психоаналитической терапии, особого внимания заслуживает следующее. Аналитик должен предоставлять этим пациентам гораздо больший объем объясняющей информации. «Автономность», которую эти пациенты приписывают имеющимся у них физическим симптомам, необходимо принимать даже еще серьезнее, чем обычно, поскольку эти пациенты долго не могут постичь роль, которую играют их симптомы. Психодинамические интерпретации, которые делаются слишком рано, провоцируют недоверие и увеличивают дистанцию, разделяющую аналитика и пациента. Если аналитик не может поставить себя в положение людей, принадлежащих другим социальным классам, в те условия, в которых они живут и работают, он лишается предпосылок эмпатического понимания. На начальном этапе абстинентное поведение аналитика, который убежден, что ему не положено отвечать на любые вопросы, отталкивает таких пациентов, для которых подобный эффект оказывается сильнее по сравнению с более образованными и более подготовленными пациентами. Однако, если аналитик придерживается правил повседневного общения, как это спонтанно делал Фрейд во время неформального консультирования Катарины, тогда становится возможным постепенное установление психоаналитического диалога. В противном случае возникают реакции, которые были подробно описаны Шрётером (Schröter, 1979). Например, пациент из низшего класса воспринимает диалог (и самого аналитика) как «ненормальный», он обеспокоен и отвергает то, что кажется ему чуждым и непонятным. Шрётер описал формальные аспекты психоаналитического диалога, как если бы было грешно на начальных этапах прибегать к повседневным формам общения. Однако наш опыт свидетельствует, что обычно приписываемые пациентам из низшего класса реакции не возникают, если интерпретации встроены в диалог, который в основном соответствует потребностям и ожиданиям пациента, а их содержание учитывает его переживания. Заключение о том, что пациенты из низшего класса часто воспринимают информацию как критику, оскорбление или унизительное высказывание, является, таким образом, следствием неэмпатического применения психоаналитического метода.

Опыт проведенного в аналитической групповой терапии сравнительного исследования (Heising et al., 1982) можно применить и к индивидуальной терапии. По разным причинам пациенты из низшего класса предпочитают поддерживать некоторую дистанцию. Поскольку пациент находится в поисках лучшего мира и разговор с аналитиком представляет для него новый и необычный опыт, ему непонятны определенные интерпретации позитивного и негативного переноса. Довольно обычным является вынесение конфликтов в отношения с замещающими фигурами, а преодоление лежащего за этим разделения на добро и зло и проработка этого в переносе представляются возможными только гораздо позднее. Для аналитического процесса подобный вторичный перенос может быть продуктивным. На фоне этой дистанции формируется определенный идеализирующий перенос, который окрашен бессознательной завистью и классовой ненавистью.

Необходимо модифицировать интерпретативную процедуру, в которой аналитик предлагает себя в качестве объекта переноса. Хайзинг со своими коллегами (Heising et al., 1982) обратился к тому факту, что аналитики, работая с пациентами из низшего класса, испытывают обиду, поскольку при этом ограничено специфическое удовлетворение, которое испытывает аналитик в качестве объекта переноса, особенно когда это может быть проинтерпретировано. Упомянутые авторы ставят вопрос, не связан ли этот факт с описанными в литературе неудачами аналитической работы с пациентами, принадлежащими к низшему классу, или с точкой зрения, что данных пациентов нельзя лечить аналитически.

В работе с пациентами из низшего класса, которые нуждаются в объяснительной информации о цели лечения, рекомендуется более длительный подготовительный период. Введение процесса всестороннего обучения показало свою эффективность в групповой терапии (Junker, 1972; Reiter, 1973). По тем же причинам, что и при лечении соматических больных, очень важно, чтобы аналитик сначала очень конкретно реагировал на вопросы и реалистично отвечал на них. Если аналитик соблюдает эти простые правила, которые кажутся очевидными с точки зрения здравого смысла, тогда снимаются многие проблемы, такие, как ограниченная фантазия, ригидное Супер-Эго и страх авторитета, которые приписываются пациентам из низшего класса (и психосоматическим пациентам, см. разд. 9.9) и рассматриваются как причина их непригодности для анализа. «Неспособность» пациента видеть внутренние конфликты как наполненные смыслом и противоположная тенденция винить внешние обстоятельства в причине своего заболевания являются частыми артефактами нетерпеливого ожидания того, что пациент уже был

бы должен достичь инсайта в отношении своих внутренних конфликтов.

В соответствии с такой неверной оценкой типичных отличительных черт пациентам из низшего класса приписывается заметное сходство со многими состоятельными частными пациентами, которые без особого успеха годами лечатся по поводу «психосоматической структуры» (см. разд. 9.9). Все показания свидетельствуют, что обе диагностические классификации являются артефактами. Если аналитик проникает в свойственное простому рабочему чувство мира и если он прилагает усилия, чтобы адаптивно работать с показаниями, то первоначальные трудности остаются позади, а интерес аналитика к жизни пациента, образовательный уровень которого отличается от его собственного, часто щедро вознаграждается.

Леодольтер (Leodolter, 1975) и Водак-Леодольтер (Wodak-Leodolter, 1979) показали, что невозможно, используя кодовую теорию Бернштейна (Bernstein, 1975), адекватно описать коммуникацию между пациентом из низшего класса и врачом, принадлежащим среднему социальному слою. Основываясь на своей кодовой теории, Бернштейн отверг возможность успешного психоаналитического интервью между пациентом из низшего сословия и врачом, обычно происходящим из среднего класса. Поскольку, с его точки зрения, у пациента снижена необходимая способность к вербализации, то у врача нет возможности найти нужные подходы к миру пациента. Бернштейн, так же как и Шрётер, явно исходит из незыблемых правил стандартной техники, которая в действительности не позволяет развернуться диалогу, удовлетворяющему ожиданиям здравого смысла. Если аналитик освобождается от ограничений такого рода, то оказывается, что многие наблюдаемые явления возникают вследствие ограниченного применения психоаналитического метода. В любом случае, чтобы рассматривать вербальное и невербальное взаимодействие, необходимо признать, что круг проблем гораздо более сложен, чем это было описано Бернштейном. Например, Водак-Леодольтер (Wodak-Leodolter, 1979, p.187) задалась следующими вопросами:

1. Действительно ли у пациентов из низшего класса снижена способность к вербализации? 2. Каковы различия в социализации низшего и среднего классов; каковы формы искажений коммуникации в каждом случае; исходя из этого, какие в каждом случае пригодны формы терапии? 3. Что означает лечение для пациента из низшего класса? Необходимо по крайней мере прислушаться к критике того, что психотерапия означает «подгонку» к нормам среднего класса.

К тому же мы считаем неразумным рассматривать «способность к вербализации» как глобальную характеристику; более приемлемы различение между ее разнообразными элементами и

основанная на этом возможность реалистичного рассмотрения индивидуальной способности простого человека к выражению себя.

Первый пример

Сусанна X — домохозяйка, около 40 лет, из сельской местности, замужем за неквалифицированным рабочим. Причиной ее прихода, о которой она сообщила на первой встрече, было то, что она часто оказывалась в беспомощном положении и испытывала при этом крайнее возбуждение. Она не могла вспомнить, что сказала или сделала в своих частых психогенных полусознательных состояниях. Она бесцельно убегала. Этим состояниям предшествовали яростные споры с мужем; причины были тривиальны, но крик стоял ужасный. Напряжение спадало не ранее следующего дня, а иногда держалось в течение трех дней. Годы медикаментозной терапии не приводили ни к каким изменениям. Ее семейный врач и психиатр в ответ на ее вопросы о психоанализе говорили, что у нее нет ни достаточных средств, ни соответствующего интеллектуального уровня для такого лечения. Выросшей в бедности, ей уже ребенком пришлось работать, и сразу после окончания начальной школы она покинула дом в поисках работы.

Предшествующие отказы ей в психотерапии подкрепили ее предположение о том, что она слишком бедна и глупа, хотя это не подавило ее желания научиться большему. Благодаря средствам массовой информации (журналы, книги, радио и телевидение) она почерпнула много информации о психотерапии и психоанализе и затем обратилась к другому психиатру, который направил ее к психоаналитику (женщине) в надежде, что та справится с ее навязчивой идеей. Предполагалось, что это поможет ей навсегда похоронить стремление к психотерапии. Отвечая на мои вопросы, этот психиатр сказала мне, что, по ее опыту, аналитики часто не находят у направляемых к ним пациентов из низшего класса показаний для терапии.

Сусанна X самостоятельно пыталась расширить свое знание, несмотря на смешанное чувство злости, тревоги и недоверия. Она чувствовала, что может узнать себя в различных книжных заголовках, и после прочтения книги Рихтера (Richter, 1976) «Убегать или твердо держаться» («Flüchten oder Standhalten») она предприняла очередную попытку пройти психотерапию. После примерно ста часов терапии она принесла мне десять своих любимых книг. Когда прошло еще некоторое время, она спросила меня, почему я не попросил ее не читать их. Доверие, которое я проявил к ее способности учиться, ее вдохновило.

Просматривая протоколы первых десяти часов лечения в рамках ее анализа, который проходил три раза в неделю и в целом длился три года, я обнаружил, что пациентка почти на каждом сеансе пыталась спровоцировать меня на прекращение терапии, как если бы она чувствовала, что ее нельзя слишком часто отвергать из-за ее низкого происхождения.

Во время начальных интервью она описывала крайнюю бедность, невзгоды и особенно телесные наказания, которые она испытала в детстве и подростковом возрасте; и несколько раз на мое внимательное и эмпатическое поведение она неожиданно реагировала словами: «Когда я здесь, с вами, в том ли я месте, где нужно?» Подобные «тычки» в мой адрес она делала несколько раз. Я показал ей, что она ожидает в анализе повторения порок, которым подвергал ее отец, и что она, соответственно, активно трудилась, чтобы как-то изменить это (через идентификацию с агрессором). Она сказала, что отец ее преследовал, ругал и бил и интересовался только деньгами. Она вышла замуж, потому что муж был его полной противоположностью, то есть был доброго нрава; но позже именно на это его качество она жаловалась во время их споров; с ее точки зрения, он был во всем и со всеми слишком слабым. Ее последним высказыванием на первом интервью было: «У любого, кто испытывает на себе зло, всегда есть искушение самому стать злым».

Я приложил усилия, чтобы обеспечить пациентку достаточной информацией, отвечая на ее вопросы о том, что значит находиться «в том месте, где нужно». Она сказала мне, что довольно много прочла. Я ограничил предоставляемую ей информацию, сказав, что хочу попытаться понять ее и узнать о ней и что она должна узнать и обо мне, прежде чем мы наметим какие-либо дальнейшие планы. Все неожиданное и новое вызывало у нее обеспокоенность, и ей непременно хотелось тут же найти повод для спора со мной.

Провоцирующе взглянув на меня, она начала второй сеанс с вопроса: «Есть ли в этом какой-нибудь смысл?» Мой комментарий, что сначала я хочу услышать ее сообщение, подвел пациентку к детальному обсуждению двух тем. Во-первых, она сообщила, что слушала по радио передачу, которая называлась «Разговаривать и позволять разговаривать». Рассказывая мне об этой передаче, она обнаружила все те черты, которые очаровали меня во время нашего первого интервью. Однако об этом говорить мы не стали; мы просто сошлись на том, что этот способ вести беседу может быть весьма позитивным. Затем она переключилась на вторую тему, описав одну знакомую ей пару. При личной встрече они вели себя очень доброжелательно, но за глаза сплетничали и говорили о ней плохие вещи. Впрочем, па-

циентка заявила, что это ее вовсе не удивляет, поскольку она росла со злыми людьми.

Пациентка сказала, что у ее сестры, муж которой покончил самоубийством, была похожая ситуация. Она добавила, что если все будет идти в том же духе, то и у нее не будет никакой альтернативы самоубийству и что у нее уже все готово для этого. Я расспросил ее о приготовлениях и сказал, что она хочет закончить все злом — свершить самоубийство — именно тогда, когда кто-то с ней дружелюбен; именно так она воспринимала мое поведение по отношению к ней. Тогда она с готовностью отказалась от своих приготовлений, но лишь для того, чтобы сразу же начать обдумывать другие способы самоубийства. То, что последовало за этим, напомнило балансирование между жизнью и смертью.

Перед началом третьего сеанса я встретил Сусанну X в прихожей, неподалеку от комнаты ожидания, и сказал ей: «Не уходите». Когда спустя пять минут я открыл дверь своего кабинета, она стояла рядом с дверью. Она поняла мою реплику буквально и объяснила, что стояла здесь, чтобы слышать, что я делаю. Она пожаловалась, что, поскольку в моем кабинете никого не было, она могла бы сразу же зайти. Я ведь все же был в кабинете. При этом она сослалась на упомянутую ею до этого пару своих знакомых, которые всегда вели себя мило, но на самом деле пеклись лишь о собственном благополучии; какими подлыми они были по отношению к другим людям. Затем она сказала: «Теперь я собираюсь рассчитаться с ними; я собираюсь туда в субботу». Она вспомнила, что тот человек похож на ее дядю, который, как и ее отец, был способен лишь на то, чтобы кричать, быть грубым и гоняться за деньгами. Она считала, что конфронтация с любым человеком и просьбы объясниться ни к чему, кроме спора, не приводят и поэтому ей придется самостоятельно с этим разобраться. Она заявила, что уже научилась у меня кое-чему; вчера ее муж опять поставил себя в идиотское положение, поскольку из-за того, что все хотят, чтобы он что-то сделал, он работал намного больше положенного и после пришел домой обессиленным. На этот раз она только слушала его, не более того, тем самым показывая ему, каким идиотом он был.

Сусанна X сказала, что я был прав в том, что она сможет пользоваться словами для самовыражения. В детстве она не научилась вести разговор. Она вспоминала, что ее мать знала только два выражения: «Ты не должна воровать» и «Ты должна повиноваться». На четвертом сеансе она рассказала мне, что за день до него сфотографировала некоторые деревья; она хотела, чтобы у нее были их фотографии от каждого сеанса. До сих пор деревья означали для нее листья — листья, которые надо выме-

сти. Она сделала вывод, что для нее даже деревья представляют зло.

Осознавая свой потенциал к изменению и развитию, пациентка демонстрировала свой собственный психологический талант, над которым я не работал. Она содействовала сотрудничеству и достигла изменений, например в том, что выслушивала своего мужа. Было очевидно, что, действуя таким образом, она имитировала наше взаимодействие в анализе; если бы я указал на этот аспект переноса, она бы это отвергла, так как подумала бы: «Как это связано с тем, что делает доктор?» Сначала она отвергала мысль, что у нее есть нечто общее с такими людьми, как я; сознательно она отрицала любую такую связь. Она повторяла, что принадлежит к тем, кто находится внизу, а я — к тем, кто наверху. Если бы я установил определенную связь между этой темой и мной, то ее реакция повлекла бы защиту от тревоги. Она стала бы жаловаться, что все то, что делает она, не имеет никакого отношения к тому, что делаю я, и указала бы на лесть своих друзей, с которой на данный момент могла лучше справиться. В сложившейся ситуации имелась возможность терапевтической разработки того факта, что пациентка для описания членов своей семьи и других людей использовала преимущественно одни и те же прилагательные; в таком случае было гораздо легче установить прямую связь, чем в случае открыто недоверчивых пациентов. Сначала я был удивлен тем, что пациентка использовала одинаковые эпитеты как для описания своего мужа, так и своих отца и дяди, а именно «скупой, деспотичный и бесчеловечный».

То обстоятельство, что пациентка посредством идентификации усвоила присущую ее отцу манеру жаловаться, часто служило причиной ее конфликтов с мужем. Она усвоила оскорбления, которые употреблял ее отец, называя мужа никуда не годным, жалким посмешищем, упрекала его: «Ты — ничтожество, если у тебя совсем нет денег». На следующих сеансах усилился эдипов аспект ее соблазняющего отношения к отцу. К сожалению, я слишком преждевременно дал интерпретацию о том, что это мне напоминало, как она соблазняла своего отца. Она ошеломленно смотрела на меня, отвергала (как это часто описывается) любую интерпретацию своего внутреннего конфликта как гротеск и сочла меня странным и не заслуживающим доверия.

На мой взгляд, причины, по которым эдиповы конфликты не могут быть проинтерпретированы, по крайней мере до более поздних моментов, все еще остаются непроясненными. Многие люди живут в ситуации поляризации, то есть согласно закону «все или ничего»; для многих представителей низшего класса это имеет специфическое значение. Статичные описания нали-

чия ригидного Супер-Эго или ослабленных Эго-функций являются абсолютно неадекватными для характеристики этих усложненных процессов.

После этого я стал более осмотрительным и следил за тем, чтобы не вызвать новый поток защиты от тревоги. Гораздо быстрее, чем этого можно было ожидать, Сусанна Х стала уговаривать меня, чтобы я не прогонял ее. «Вы должны обратить внимание, что я не иду по неверному пути!» Она стала чаще говорить о своей матери. На следующий сеанс она пришла в ярко-красном жакете и, рассмеявшись, спросила, не знаю ли я, что это означает. Она пришла как маленькая запыхавшаяся Красная Шапочка, которую прогнала мать. Она чувствовала, что ее прогнали; поскольку я открыто не поддержал ее желания, чтобы я следил за ней, — я избегал ответа на ее запрос. С ее точки зрения, я должен был сказать ей: «Да, теперь я возьму на себя функции вашей матери!» Она заявила, что это было моей обязанностью как врача. В последующий период она быстро трансформировала подобные разочарования и пренебрежительно отзывалась об обязанности врача. Эта тема достигла кульминации значительно позже, на *завершающей* фазе лечения, когда она на разных уровнях отыгрывала утрату власти.

После того как на начальном этапе были преодолены описанные выше трудности, связанные с ее социальным положением, у меня появилась возможность в особенно благоприятные периоды анализа продемонстрировать пациентке, какие аспекты бессознательной эдиповой и доэдиповой зависти она в действительности подразумевала, когда ссылалась на имевшийся de facto недостаток образования. Стало также очевидным, что это дефицитарное переживание усилилось в порочном круге, охватывающем и ее переживания и действительность. Как только пациентка осознала, какие потребности она пыталась вдобавок к этому удовлетворить на самом деле, она научилась различать свои сознательные и бессознательные намерения и цели. Поучительным было также то, как она реконструировала запреты и заповеди, то есть свое Супер-Эго, которое она интернализовала и первоначально ощущала как чуждое; она заменила чужеродные предписания своими собственными словами. Это изменение привело к частичному переструктурированию. Через полтора года после окончания анализа Сусанна Х позвонила мне и сообщила, что чувствует себя хорошо. Она сказала, что все еще борется с чувством, что сепарация от меня была отвержением, но что вера в себя — в то, что она приобрела в ходе анализа, — помогает ей это преодолевать. Однако у нее до сих пор еще возникают сомнения, не были ли ее приобретения в анализе меньшими из-за ее прошлого.

Второй пример

Следующий пример демонстрирует, что мы можем использовать способности Эго, свойственные определенной профессии, для того чтобы сбалансировать социальные различия и связанное с ними чувство унижения. Виктору Y было 37 лет, когда он обратился ко мне с жалобами на бессонницу и соматические симптомы; он страдал от этого после своего «провала» — теста, который не смог выполнить. С 17 лет он работал электриком. В силу своих способностей он чувствовал себя достаточно уверенно, чтобы пройти тест на повышение, однако конфликт с руководством лишил его этой возможности.

Со времени его телефонного звонка с просьбой о встрече до начала семимесячной терапии прошло несколько недель. Свою просьбу о такой отсрочке пациент объяснил необходимостью дистанцироваться — прием, который он использует для преодоления конфликтов с авторитетами. Однако он осознавал и отрицательные стороны такого своего подхода. Я ответил, что и у меня сложилось впечатление его очевидной незаинтересованности. Он подтвердил это, но добавил, что определенно желает пройти терапию.

Затем пациент дал точное описание теста, результаты которого были для него столь бедственны. Он подробнее рассказал, как ведут себя по отношению друг к другу начальство и простой персонал, и дал живое описание типичных случаев; даже с определенным юмором.

Неожиданно он посмотрел на меня и замолчал, как если бы хотел спросить: «Вы тоже начали с низов?» Ему требовалось мое понимание. Он сделал все, чтобы получить повышение, — «И нá тебе!» Внезапно он стал плакать и сказал, что теперь теряет и своих друзей. Единственной темой, на которую окружающие способны говорить, — это машины. Он заявил, что хочет выйти из этой ситуации. Друзья и родственники будут смеяться над ним и говорить, что в своей работе он идет только легким путем. Он чувствовал себя непонятым, вечерами трудно засыпал, жаловался, что у него на сердце камень, но был все еще против того, чтобы принимать таблетки. «Но сейчас поговорим о моих родителях, — неожиданно сказал он. — Вы должны извинить меня за резкое изменение темы. Недавно они навестили меня, и я заметил, что очень не хочу превратиться в нечто похожее на них. Моя мать знает только, как использовать отца и держать его под каблуком. Когда-то отец обладал авторитетом, он был капралом, и все должны были ему подчиняться». Пациент сообщил мне, что у него, как и у его матери, есть склонность преувеличивать свои симптомы. Как только он начинал чувствовать боль, он тут же говорил об этом всем и каждому.

Он добавил, что его жена может сутками выносить головную боль или боль в спине, не обращая на это внимания. Пациент хотел, чтобы я правильно его понял, он сказал, что он не начинает вопить, а просто, что, наверное, еще хуже, ведет себя раздраженно. Он также поведал мне, что есть одно дело, которым он занимается со страстью, — это приведение в порядок дома, в частности кухни, и вовсе не в качестве помощи жене. Но он всегда должен знать *свое* место. Пациент описывал и некоторые другие навязчивые и суеверные действа.

В классе, в котором учился один из его детей, Виктор Y был председателем родительского комитета. Он описал, как перед родительским собранием чувствует давление в груди, указав при этом на сердце. Тогда он предоставлял возможность говорить первым кому-то другому, чтобы собрать некоторую информацию, и после ему самому говорить было гораздо легче. Я сказал, что он боится подвергнуться нападению, если выступит *первым*. Он согласился, заявив, что всегда избегает этого, позволяя первыми говорить другим. Теперь он почувствовал, что опять вынужден внезапно изменить тему; он сказал, что всегда краснеет, когда, например, приходит начальник, и что для этого абсолютно нет причин, совсем нет. Перед тем как заснуть, он готовит длинные речи, которые намерен произнести на следующий день, но затем, вместо того чтобы говорить заготовленное, импровизирует. Я ответил, что он обладает уверенностью в себе, поскольку может импровизировать таким образом. Отвергнув мой комментарий, он сказал, что может позволить вылиться тираде, направленной на других людей, а затем никак не может избавиться от чувства вины. Он заметил, что было бы лучше, если бы он совсем ничего не говорил, и добавил, что так же ведет себя и его сосед, который со всеми ссорится.

На следующем сеансе пациент вел себя тихо, ожидая с моей стороны команды: «Начинайте говорить». Он заявил, что сейчас занят упорядочиванием своих мыслей, что скажет что-нибудь, когда закончит. Он заявил, что не нуждается в терапии, а затем сообщил о том, как плохо себя чувствует. «Ну, — сказал он, — сделайте что-нибудь с этим!»

Вслед за этим он начал говорить мне все, что только можно было вообразить, полностью ведя диалог с самим собой, даже обращаясь к себе по имени. При этом он лишил меня возможности сказать что-либо, просто демонстрировал мне, как говорит сам с собой перед сном. Как-то во время ночного дежурства с ним кое-что приключилось. «Дежурство уже приближалось к концу, когда зазвонил телефон. Это был господин Z, спросивший, готов ли я. Он спросил, почему перед его цехом все еще лежит снег? Потому что шел снег. Почему его не убрали? Потому что дворники еще не вышли». Он с удовольствием сказал,

что господин Z — человек очень скандальный, и добавил, что может с ним препираться, так как тот задает такие глупые вопросы. Он покраснел. Только стоя в душе, он осознал, что должен был поступить иначе, а именно — сначала выслушать, затем сказать «да» и отметить, что́ не в порядке и о чем необходимо позаботиться. Если бы это случилось вечером, он не сомкнул бы глаз всю ночь. «Он, он должен быть внимательным ко всему, он считает это своей обязанностью». Пациент также сказал, что ему нравится такая работа, потому что он с ней справляется. Он согласился с моим комментарием, что он выбрал неудачное время, чтобы вслух выговорить то, что чувствует, и это привело к ощущению вины. Он вспомнил несколько примеров того, как другие справлялись со своей агрессией.

В течение нескольких следующих дней он плохо себя чувствовал, слонялся из угла в угол и работу выполнял только от сих до сих.

Пациент, который дал описание нескольких вариантов своих конфликтов с начальством на первых двух сеансах, показал мне — чуть ли не спросив, получил ли я какую-нибудь профессиональную подготовку, — что как врач я имею совсем другой профиль и что именно он, а не я компетентен в отношении его профессиональной ситуации. Я внимательно выслушал его длинные объяснения и понял, что именно так он и извлекал из своей компетентности удовольствие. Таким образом, я смог обнаружить качества Эго пациента, которые он, в силу господства Супер-Эго и его компульсивных черт, был неспособен проявить естественным, безопасным и нетревожным образом. Затем он рассказал, какие ответственные и компетентные решения он должен принимать на работе и что в процессе принятия таких решений он очень легко может почувствовать себя оскорбленным. Когда я заметил ему, что он не чувствует себя в безопасности, проявляя свой заслуженный авторитет, он неожиданно начал описывать врача их компании. Пациент охарактеризовал его как человека, который не преуспел в том, чтобы стать квалифицированным врачом, несмотря на то что в этом заключалась его обязанность. Этот доктор прописал ему курорт с минеральными водами, что было очень мило, но совершенно ему не помогло; лекарства, которые он прописал, также не помогли. В следующих трех предложениях пациент, который не отличался ясностью суждений, описал свое видение развития собственных трудностей. Когда его отец говорил что-нибудь, это означало необходимость подчиниться бывшему капралу, но когда говорила его мать, становилось ясно, что отец у нее под каблуком и утратил свою независимость. Пациент боялся, что походит на свою мать, хотя не желает подобного сходства.

Посредством диалога, который он начинал вести в важные моменты сам с собой, пациент прежде всего продемонстрировал мне свой симптом — свои размышления, препятствующие его засыпанию, — и, что еще более важно, то, как он избегал переноса. Иногда он вполне сознательно брал сеанс под контроль. Диалог и сотрудничество между нами могли сохраняться лишь потому, что я *не* давал интерпретации в том духе, что он вынужден вступить со мной в борьбу за власть, поскольку испытывает страх перед моим сверхмогуществом.

После проработки его бессознательной (эдиповой) агрессии он освободился от своей невротической заторможенности, хотя определенная интеллектуальная скованность продолжала препятствовать его продвижению вперед. С другой стороны, он больше не нуждался в этом продвижении для того, чтобы взять под контроль свою конкуренцию с отцом (и замещающими фигурами).

На последнем сеансе терапии Виктор Y употреблял множество технических терминов при описании события, произошедшего во время его ночного дежурства. Мое утверждение, что я ничего не могу об этом сказать, поскольку недостаточно сведущ в данном предмете, вызвало его триумфальный смех. Затем он был польщен моим комментарием, что он принял решение в трудной ситуации, и действовал гибко, и не стал откладывать в долгий ящик неизбежный ремонт. Да, он согласился, что думает, что стал более человечным. Он сказал, что больше не является тем неисправимым брюзгой, каким считался, и что теперь его просто не узнать. Он снова заставил меня рассмеяться, сказав внезапно: «Только не бойтесь, что я собираюсь превратиться в чокнутого!» Он резюмировал, что изменился, и снова стал говорить о тесте, который не смог пройти. Почти со смехом он сказал: «Я начинаю принимать, что останусь электриком, а не буду прямиком двигаться в институт и науку».

Затем я кратко суммировал трудности, на которые он жаловался вначале, а теперь преодолел, — например, несдержанность, ярость в неподходящих ситуациях и сложности с нахождением нужного слова в нужный момент. Согласившись, он сказал, что перестал играть в эти игры. После паузы, немного подумав, он добавил, что должен будет все пережить, все испытать, а также выработать в себе всю силу, на какую способен, даже если его нервы не всегда окажутся достаточно крепкими. Я ответил, что это хороший вывод. Он встал и сказал «да», сказал, что проинформирует своего доктора, и при помощи этой шалости уклонился от обычного «до свидания».

6.2.2 *Делинквентность*

Как мы объяснили и обосновали в первом томе, вместе с использованием адаптивных показаний можно успешно использовать психоанализ для лечения делинквентных пациентов (правонарушителей). Однако довольно быстро становится очевидным, что такое обозначение вводит в заблуждение, поскольку в этих случаях далеко не только семьи делинквентов, а общество в целом страдает от подобного антисоциального и правонарушительного поведения. Это весьма дивергентная группа людей, и многие делинквенты, которые были списаны со счетов и являются явно безнадежными, в действительности страдают от неспособности контролировать свое поведение. Почти тридцатилетний опыт, накопленный преимущественно в голландских институтах судебной психиатрии, дает основания для осторожного оптимизма в отношении показаний к психотерапии для таких людей (Goudsmit, 1986, 1987). Использование психоаналитического метода с соответствующими модификациями становится гораздо менее героическим, чем об этом говорилось в Меннингерском проекте. Во время осуществления Меннингерского проекта, согласно Валлерстейну (Wallerstein, 1986), который ссылается на Тихо, считалось «героическим» продолжать использование стандартной техники даже в случаях, которые, как мы теперь уже понимаем, потребуют большей гибкости в комбинировании терапевтических техник.

Модификации, эффективность которых тем временем демонстрировалась повсеместно, были направлены на установление терапевтических отношений. В детстве и юности многие делинквенты были лишены опыта переживания надежных семейных связей.

Если аналитик установил терапевтические отношения с делинквентным пациентом, очень важно, чтобы он был особенно внимательным, поскольку вслед за этим может подспудно развиться нарушение. Все такие пациенты очень часто знают, что другой человек может оказаться доступным для них лишь временно, пока отношения не придут к неожиданному концу; и, с точки зрения пациента, этот конец почти всегда наступает по вине другого человека. Хорошо известно, что излюбленным защитным механизмом этих пациентов является проекция во внешний мир. Страх и предвосхищение ожидаемого конца отношений вынуждают этих пациентов предпринимать бессознательные попытки самостоятельно положить такой конец. В этом случае у пациента имеется тенденция избегать стационарного лечения или симулировать достижение удовлетворительного излечения на амбулаторной основе. Для аналитика очень важно не поддаваться подобным попыткам самообмана, которые могут

быть весьма искушающими. Если это происходит, то обе стороны могут принять решение завершить лечение как успешное, хотя каждый из них в глубине души подозревает, что впоследствии у пациента возникнет рецидив. Непрерывность терапии может быть гарантирована трезвой оценкой необходимости длительного лечения. Таким образом, в интересах пациента, чтобы аналитик, несмотря на свою эмпатию к сиюминутной ситуации пациента, сохранял дружелюбную дистанцию и не позволял пациенту использовать себя, например, для получения краткосрочного удовлетворения.

Часто необходимо также, чтобы в интересах достижения доверия пациента аналитик изначально принимал его представления о терапии и не пытался навязывать правила, против которых пациент будет восставать, поскольку для многих пациентов правила всегда были тем, что спускалось сверху. В описанном ниже случае по просьбе пациента несколько раз использовался гипноз, а в дальнейшем психотерапия сочеталась с кинезотерапией. Для многих делинквентных пациентов почти необходимым является участие работника социальной сферы в курсе терапии.

Пример

Начальное интервью и биографические данные

Мы будем следовать подробным записям аналитика, подытоживая их с одобрения автора.

Лечение Саймона Y началось с телефонного звонка, за которым на следующий день состоялось начальное интервью. Ему было 37 лет, он состоял на учете в полиции и обратился к аналитику при чрезвычайных обстоятельствах. Аналитик предложил «первую помощь»; решающее значение имело то, что с самого начала аналитик воспринял желание пациента подвергнуться гипнотерапии — пациент связывал его с тягой к самоубийству — не как некое вымогательство, но как показатель серьезности его состояния. Иначе их контакт не вышел бы за рамки телефонного разговора, который пациент воспринял бы как очередной отказ. Готовность аналитика принять широкую точку зрения относительно набора терапевтических техник и всерьез отнестись к крылатой фразе Сандлера (Sandler, 1983) о том, что психоанализ есть то, что делают психоаналитики, была существенным фактором создания основы для доверия. Очевидно, счастливое совпадение усилий с обеих сторон способствовало уже в самом первом интервью установлению благоприятных отношений и даже позволило пациенту прождать три месяца до начала лечения.

Мы предполагаем, что пациент смог ждать так долго потому, что увидел в предложении аналитика свой последний шанс, и потому, что начальное интервью в достаточной степени возбудило у него надежду, что он сможет найти поддержку и безопасность. Пациент думал сначала, что повторится то, что с ним уже происходило и что он описал следующим образом: «Боюсь, для меня уже нет никакой надежды; именно это говорили мне все другие врачи, прежде чем отказаться от меня». Проплакав какое-то время, он спросил аналитика: «Почему вы тратите на меня ваше время? Никто никогда со мной так долго не разговаривал». В этот момент аналитик смог искренне заверить пациента, что он решил попытаться помочь ему в его борьбе за изменение своей жизни, хотя и не знает, является ли гипноз подходящим методом. Однако, если пациент полагает, что это поможет, он готов его испробовать.

Из мыслей и чувств аналитика можно выделить несколько причин, составивших субъективную основу его решения попробовать лечение, он выразил их следующим образом: «Это была смесь сильного чувства жалости и негодования по поводу того, как его лечили, и чувства бессилия: как я могу помочь в этом случае? Тем не менее в ходе начального интервью у меня возникло впечатление, что я могу работать с этим пациентом и что настоящей попытки его лечить еще не было сделано... Думаю, мне следует подчеркнуть, что у меня не было ощущения, будто меня вынуждают пойти на это».

Когда аналитик предложил лечение, он не был знаком ни с деталями истории болезни пациента, ни с отчетами других лечебных учреждений. С одобрения пациента аналитик попросил предоставить ему эти данные и изучил их. Данные о характере его правонарушений, полученные извне, соответствовали информации, сообщенной пациентом; теперь мы процитируем краткую сводку этой информации, чтобы курс лечения Саймона Y был более понятен.

Пациент родился вне брака, не был желанным ребенком, и в течение всей его жизни его пихали туда-сюда, то есть отпихивали. Из приюта, где он родился, его отправили к родителям матери, те отнеслись к нему с предубеждением и благодарили Бога, что его отец-голландец — участник Сопротивления — был арестован и убит в концлагере. В начальной школе Саймон Y был изолирован и испытывал трудности из-за заикания, которое все усиливалось. В детстве он много плакал, и позже этот симптом настолько раздражал профессиональных воспитателей, что они не знали, как с ним обращаться. Совет школьного врача, имевшего благие намерения послать слабого одиннадцатилетнего мальчика в исправительное заведение на западе страны, при-

вел к новым и серьезным травмам. Из-за своего произношения он оставался аутсайдером среди местной молодежи. Он живо помнил свое расставание с матерью на железнодорожной станции как пример подлого предательства, потому что она не обратила внимания — и как позднее он понял, скорее всего, и не могла обратить — на то, как он просил и умолял позволить ему остаться. Он охарактеризовал два года, проведенных в этом исправительном заведении, как ужасные.

Из-за своей изоляции и недостаточности образования он был не уверен в себе и, вернувшись в родной город, отказался от двух попыток за несколько дней выучиться на механика. Поработав неквалифицированным рабочим, он сдал на водительские права. Будучи осужден за кражу со взломом, он оказался приговорен к шести месяцам условно. Затем, во время более длительного пребывания в тюрьме в ожидании суда, он отверг компанию других заключенных и отказался от предназначенной ему работы. После освобождения он нерегулярно работал водителем грузовика. Часто пропускал работу из-за головной боли и боли в спине. Участилась обычная переадресовка от психиатрической службы к социальной и обратно. Он не знал, как воспользоваться предлагаемой ему помощью, и сам дважды прерывал свое пребывание в психиатрической больнице. В возрасте 22 лет его отправили в центр предотвращения кризисов, где он полностью осознал свои педофильные наклонности, которые раньше едва проявлялись. Он жил с младшим другом мужского пола и надеялся на более прочные отношения с ним в будущем. Когда его друг порвал с ним, он сначала испытал отчаянную ярость, затем впал в депрессию и думал о самоубийстве.

Саймон Y выпал из дырявой вследствие разделения ответственности и компетенции сети службы социальной психиатрической помощи и консилиумов. На основе подробного психологического тестирования его IQ[1] был оценен 104. Рисовал он, как двенадцатилетний ребенок. Его способность к социальной адаптации считалась минимальной, однако результаты MMPI[2] были на удивление нормальными. В течение ряда лет ему прописывали огромное количество психотропных лекарств, которые он перестал принимать задолго до начала психотерапии. В конце концов в результате дальнейших психиатрических обследований было решено, что ему невозможно предложить никакой помощи; именно тогда он впервые упомянул о педофильных склонностях и спросил, не может ли гипноз освободить его от них. Эта мысль появилась у него, когда он читал о йоге. В результате

[1]Коэффициент интеллектуальности.

[2]Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) — Миннесотский многофакторный личностный опросник.

его вновь направили в отделение социальной помощи с указанием подыскать ему другое жилье. В течение ряда лет Саймон Y жил в ветхом доме, совсем один, после разлуки с другом его единственным компаньоном была собака.

Саймон Y много думал о смысле своей жизни и своих трудностях и искал решения проблем на основе своей веры в перевоплощение. Он опасался, что ему больше не удастся избежать одиночества, и не был уверен, действительно ли у него есть педофильные склонности или это не так. Его не очень затрагивали эпизодические сексуальные контакты с женщинами, но к обществу подростков он относился с энтузиазмом. «Может быть, они дают мне ту любовь, которой я ранее был лишен». Тот факт, что эта мысль могла быть подсказана ему в одной из многочисленных бесед, не меняет того, что Саймон Y по-прежнему точно описывал свое положение со своей точки зрения.

Аналитик, предложивший ему лечение, разделил курс на фазы в соответствии с объективными данными и тематическими целями. Ниже мы приведем дословно некоторые отрывки и дадим краткое изложение других. После примерно девяти месяцев работы терапевтические отношения настолько укрепились, что стало возможным начало аналитической психотерапии. Эта длительная подготовительная фаза и то, как аналитик ее строил, весьма поучительны. Мы завершаем описание моментом, когда начался переход к психоанализу.

Первая фаза лечения

Состояние Саймона Y ни в личном, ни в социальном плане не ухудшилось за три месяца, пока он ожидал начала лечения. Он явился точно в назначенное время. Был смущен и выглядел так, будто недавно плакал, и сказал только: «Вот и я». Поскольку пауза в такой момент могла бы быть губительной, я еще раз спросил его, как ему пришла в голову мысль подвергнуться гипнозу и чего он от этого ожидает. Он рассказал мне о своем предыдущем опыте, связанном с йогой. Преподаватель йоги говорил ему, что у человека есть глубокая бессознательная жизнь и иногда возможно заглянуть под маску с помощью гипноза. Я ответил, что это верно, но что во многих случаях недостаточно заглянуть под маску, чтобы по-настоящему проработать то, что спрятано там. Я также заметил ему, что, вполне вероятно, под маской можно встретить и весьма шокирующие вещи. Кроме того, я упомянул, что можно записать на пленку происходящее во время гипноза и потом дать пациенту возможность самому послушать, что он сказал под его воздействием. Пациент ответил, что думает, это несколько страшновато, но отверг мое предло-

жение обходить самые тревожащие темы, сказав: «Если мы так поступим, то это конец», и согласился на испытание.

Чтобы проверить его способность входить в транс, мы начали с упражнений на релаксацию из аутогенного тренинга. Мы потерпели неудачу, так как пациент не был способен к концентрации.

Комментарий. Аналитик намеревался направить пациента на более интенсивное сознательное изучение воспоминания об особенно сильных аффективных переживаниях, забытых или подавленных, о которых тот вспомнит во время анализа под гипнозом, и поэтому предложил, чтобы их разговор во время гипноза записывался. Гипноз потеряет свой тайный магический ореол, становясь частью аналитической процедуры, допускающей, чтобы процессы переноса и контрпереноса, возникающие в это время, также проходили проработку. В этом отношении введение магнитофонной записи в терапевтическую ситуацию создавало возможность расширения набора адаптивных показаний. Таким образом, появлялась возможность методологически правильно провести переход от преаналитического лечения, проводимого во время гибкой вводной фазы неопределенной длительности, к анализу переноса и сопротивления. Итак, к нашим комментариям по этой теме, содержащимся в разделе 7.9, добавим, что аналитик может проводить анализ именно с помощью магнитофонной записи, а не вопреки ей. Даже пациенты, которые испытывают настолько сильное недоверие к тайным способам оказания влияния со стороны аналитика, что приносят свои магнитофоны, могут проходить лечение в соответствии с адаптивной оценкой показаний.

Через неделю пациент начал следующий сеанс, заметив, что не произошло никаких перемен. Затем он вынужден был рассмеяться и сказать: «Забавно, но надеешься на какую-то перемену, хотя ясно, что это совершенно невозможно». Он хотел еще раз попробовать упражнения на расслабление, и эта попытка также оказалась неудачной. Тогда пациент спросил, возможно ли, чтобы я записал на магнитофон упражнения на расслабление, а он бы взял запись с собой и попрактиковался дома, на что я согласился. Слегка улыбнувшись, он закончил: «Но я собираюсь продолжать свои визиты. Не сомневайтесь в этом».

Как и следовало ожидать, оказалось, что и с магнитофонной записью он не смог дома проделывать эти упражнения. Поскольку приближались рождественские праздники, мы подробно обсудили свои дальнейшие действия. Я предложил пациенту звонить мне домой, если у него возникнут серьезные трудности. После перерыва он сказал мне, что у него были очень тяжелые

три недели; он чувствовал себя ужасно одиноким, и его постоянно одолевала мысль, что жизнь бессмысленна и что все бесполезно. Его также преследовали частые головные боли, из-за которых он был вынужден лежать. Все остальное время он заботился о своей собаке. «Без моей собаки и перспективы визита сюда я бы не смог прожить эти три недели».

У Саймона Y не было ясного представления о том, что он хочет или чего не хочет в жизни или чего он желает больше, а чего меньше. Поэтому я предложил ему подготовить список того, что он хочет, и того, чего он не хочет совсем или хочет не очень. Он принес список на следующий сеанс. Из этого списка было очевидно, что нежелательные вещи у него связывались с предписаниями со стороны третьих лиц, особенно имеющих власть. Все, чего он хотел, было связано с улучшением его жизни, его болезнями и ограниченными возможностями контактов. Самой крупной темой нашей встречи были его чувства неуверенности в жизни. Стало очевидным, что ни в какой области он не может чувствовать себя непринужденно. Единственно, где у него не было проблем, так это в отношениях с собакой; он знал, что собака его понимает без слов.

Комментарий. Аналитик взял на себя функции дополнительного Эго. Пациенту удалось лучше представить свои довольно туманные цели благодаря их списку. Определение целей, таким образом, облегчило ход дальнейших бесед, поскольку дало возможность обращаться к чему-то осязаемому.

Вторая фаза лечения

Саймон Y подробно говорил о своем чувстве неполноценности, которое возникло еще в детском саду и усилилось в школе. Учитель перестал задавать ему вопросы, убедившись в его тупости. Пациент говорил, так было повсюду. Я выразил свое убеждение, что у него много глубоких мыслей. И более того, психологическое исследование ясно показало, что он вовсе не туп. Проблема заключалась в том, что все эти переживания способствовали возникновению комплекса неполноценности, и нашей задачей было преодолеть его.

Он говорил о своем одиночестве, о чувстве одиночества и о педофилии, дополнявшей его неспособность к концентрации, и чувстве неполноценности. Он говорил, что еще что-то значит для «мальчиков». Почти краснея, он добавил, что не думает о сексе, а затем прочел мне лекцию, объясняя, что педофилия возникла из-за предрасположенности и что с этим ничего нельзя поделать. Поскольку я не прокомментировал это, он спросил: «Воз-

можно ли, что все это как-то связано с моими переживаниями в детстве?» Я дал простой ответ: «Полагаю, что да».

Примечание. Идентификаторный характер его любви к мальчикам казался мне очевидным, однако было слишком рано упоминать об этом.

На следующем сеансе Саймон Y сначала говорил о чувстве неуверенности, которое он испытывает во всех отношениях с людьми. Он вновь спросил меня, не может ли это быть связано с его более ранними переживаниями. Затем я напомнил ему, что мы хотели на этом сеансе применить гипноз. Он ответил с облегчением: «Да, конечно, я не забыл, но мне не хотелось первому упоминать об этом, так как вы могли подумать, что я хочу добиться своего любой ценой». Затем менее отчетливо он пробормотал: «И к тому же я хотел проверить, не забыли ли об этом вы».

Чтобы ввести его в транс, я выбрал метод фиксации, поскольку пациент достаточно продемонстрировал, как плохо он концентрируется. Ему потребовалось довольно много времени, чтобы войти в легкий транс. Он был явно не удовлетворен достигнутым, что следовало из его заявления: «Я ничего не заметил». Было ясно, что у него есть сомнения по поводу моих способностей. Когда я ему сказал, что поначалу часто бывает трудно, это, по-видимому, его не убедило.

Я не удивился, когда на следующий сеанс Саймон Y пришел с жалобами: «Плохая неделя, ничего не делал, ничего не хотел делать, болела голова». Я не стал говорить ему, что это происходит из-за его разочарования на прошлом сеансе, но предложил продолжить гипноз. На этот раз он вошел в состояние транса быстрее и более глубоко. Он вспомнил разлуку с матерью, когда его отсылали в западную часть страны. Он немедленно начал плакать, говоря мне между рыданиями, что испытывал сильное чувство заброшенности. Он был совершенно погружен в свою боль и повторял: «Как мать могла поступить так со своим ребенком?» Он также вспомнил, что на платформе поезда его стошнило — настолько он был возбужден и встревожен, но его мать была непреклонна. Он очень возбудился, и я внушил ему, что он будет чувствовать себя лучше и спокойнее после пробуждения. Саймон Y был значительно сдержаннее и спокойнее по окончании гипноза. Он молчал некоторое время, прежде чем сказать, что может вспомнить все. После паузы он добавил: «Я не смею даже думать о том, что меня здесь лечат и что это будет продолжаться».

Примечание. Я не сказал ему, что он испытывает страх, что я могу отослать его, как это сделала его мать. Такая интерпретация возложила бы на него в этот момент слишком тяжелое бремя.

Комментарий. Основное беспокойство пациента, заключающееся в том, что его отсылали и перемещали с места на место, то есть ощущение небезопасности из-за отсутствия определенного места в жизни, и его беспокойство, что его вновь могут отослать, заставило аналитика прежде укрепить терапевтические отношения, а не заниматься интерпретацией этого беспокойства. По нашему мнению, самым важным является помещение в соответствующий контекст интерпретации беспокойства о возможной новой потере. Правило о том, что аналитик должен интерпретировать тревогу в момент наибольшей настоятельности, часто понимают так, что это самый глубокий или самый сильный момент, в который это чувство тревоги возникло. Если, напротив, аналитик ориентируется на тот страх, с которым пациент способен на мгновение совладать, тогда настоятельные моменты становятся иными и аналитик может работать с более широким спектром аффектов. С этой точки зрения нет основания не называть тревогу пациента как таковую и заверять его в то же самое время, что, насколько можно судить, лечение определенно будет продолжено еще какое-то время.

Пациент пришел на следующий сеанс в довольно хорошем настроении, что было весьма очевидно. Неделя прошла хорошо, по крайней мере для него. После того как он сделал несколько вступительных замечаний, я предложил ему продолжить лечение гипнозом. Он не мог сосредоточиться и вспотел, наконец вошел в транс и оказался в детском саду. Там были еще другие дети, подробностей он различить не мог. Воспитательница была симпатичная. Саймон Y увидел, что он в песочнице, где чувствовал себя хорошо. Его не дразнили.

После окончания гипноза я спросил его, не чувствовал ли он себя одиноко в песочнице, когда другие дети играли вместе. Саймон Y взглянул на меня с удивлением и сказал: «Разве вы еще не поняли, какое это было облегчение, что другие дети меня не трогали? Хорошо было именно то, что меня оставили в покое. И воспитательница также была неплохая». Он рассказал мне, что мать выбросила его игрушечных медвежат, когда его не было дома. «Она не понимала, насколько они были важны для меня». Я подумал про себя, что таким образом он потерял переходный объект.

К концу следующего сеанса я передал ему небольшой пакет, в котором был игрушечный медвежонок, и сказал: «Это не такой же, какой был у вас, но, может быть, он вам все-таки понравится». Саймон Y расплылся в улыбке от уха до уха, когда я передавал ему пакет. Он не открыл его и молча отправился домой.

Эта неделя прошла у него очень хорошо, и головная боль прошла после того, как он провел полдня в покое. Он сказал

мне, как был рад получить медвежонка. «Какой это был прекрасный поступок с вашей стороны». Затем мы вернулись к гипнозу, и на этот раз он вошел в довольно глубокий транс очень быстро — это был подарок для меня. Сначала он какое-то время молчал, но затем стал очень напрягаться, несколько раз сглотнул, беспокойно огляделся и сказал, что раньше он не знал, что его посылали в Амстердам. Ему только сказали: «Тебе будет хорошо побыть вместе с другими детьми». Он сказал, что в Амстердам его сопровождали мать и кто-то из социальной службы организации, помогающей жертвам войны. Затем он опять долго плакал: «Как могла моя мать так поступить со мной? Она не желала плохого, но ведь она — мать и должна была понять меня». Он добавил, что даже заключенному в тюрьме лучше, чем было ему, потому что заключенный знает, за что сидит. Саймон Y не знал, почему мать отсылает его прочь. Там, в этом доме, он перестал быть послушным.

Во время гипноза произошел катарсис, и позже я спросил его, говорил ли он потом со своей матерью об этом ужасном времени. Он решительно ответил: «Нет. Это было совершенно невозможно. Мать пришла бы в бешенство, если бы я захотел об этом говорить». Он сразу оставил мысль поговорить с ней об этом.

К концу сеанса Саймон Y спросил меня, согласен ли я продолжать теперь без гипноза. Он сказал, что готов к восприятию нового материала и что теперь он научился преодолевать свою застенчивость и говорить со мной откровенно. Я согласился, добавив, что мы все же можем вновь попробовать гипноз, если он захочет.

Примечание. Подарить пациенту медвежонка было необычным терапевтическим вмешательством. Я, конечно, довольно долго думал о том, следует ли мне это делать и не является ли это попыткой купить привязанность пациента. В конце концов я это сделал, поскольку подумал, что это хороший способ дать пациенту видимый и осязаемый знак моего присутствия и моей вовлеченности, особенно ввиду того, что лечебные сеансы могли проходить только раз в неделю. Дальнейший ход лечения показал, что мое предположение было верным. Терапевтические отношения значительно укрепились, что в свою очередь явно повлияло на терапевтический процесс.

Третья фаза лечения

Саймон Y чувствовал себя значительно лучше. Он спросил, не являются ли частые приступы рыданий во время гипноза оживлением его более ранних страданий или это следствие болезни. Я ответил, что, возможно, и то и другое.

После пасхальных каникул он вновь рассказал мне о своей юности, на сей раз, в частности, о том, что у него не было отца, и также о своих чувствах беспомощности и униженности. На следующем сеансе он сообщил о своем педофильном поведении, сказав, что воспринимает взрослых людей отталкивающими и не знает, как вести себя с женщинами. Он предпочитал общество 15—16-летних мальчиков, поскольку отношения с ними не связывали его. Установление прочных уз было для него невозможным. Он также сожалел о том, что мальчики вырастают, перестают им интересоваться, перестают восхищать его и обычно отходят в сферу своих интересов. К такому разочарованию приводили эти отношения. Затем он вновь поднял вопрос о смысле жизни «на этой одинокой звезде». Я дал ему многое рассказать о себе, не интерпретируя, а только задавая вопросы, чтобы он продолжал говорить. Темой следующего сеанса была его пассивность. Он сказал, что способен днями ничего не делать, ему становится ужасно скучно и он быстро устает. Иногда он очень злится на себя, но неспособен понять почему. Тем не менее он записался в атлетический комплекс по месту жительства. Однако сделал это так, что из этого ничего не могло получиться. Я сказал ему о возможности кинезотерапии и спросил, что он скажет на мое предложение записать его на это лечение. Неожиданно он откликнулся положительно, сказав, что это кажется ему хорошим делом.

Неделей позже он спросил, есть ли какие-нибудь известия о кинезотерапии, и добавил, что у него появилась мысль организовать свою жизнь по-другому, что так не может больше продолжаться и что ничего не дается даром. Во время одного из наших первых сеансов я сказал пациенту, что ему следует больше двигаться и что его собаке это тоже обязательно понравится. Было ясно видно, что пациент не в очень хорошей форме. Он сказал мне, что последнее время много ходит и ездит на велосипеде и поэтому страдает от мышечных болей. Он настолько сторонился других людей, что постоянное общение было для него невыносимым. И он вновь был разгневан на то, что его жизнь проходит столь бессмысленно. Затем он упомянул о новом факторе. У него был конфликт с городскими властями, ему напомнили о необходимости заплатить налог за собаку, что он считал абсолютно несправедливым. Саймон Y горько жаловался на бюрократизм. Но затем произошло чудо. Совершенно неожиданно он получил письмо от городских властей, информирующее его, что из-за его особого положения он освобождается от необходимости платить налог за собаку. Саймон Y был счастлив своей победой, но в то же время признал, что его беспокоил не столько сам налог, сколько стремление добиться своего.

Мое предположение, что победа в этом конфликте укрепит его самоуважение, оказалось иллюзией. Во время последующих двух сеансов Саймон Y жаловался на чувство одиночества, на то, что его положение безнадежно и что все бессмысленно. Он получил известие, что может переехать в небольшую новую квартиру в начале июля, но его реакция на это также была двойственной. «Не осталось никакой цели». Мальчики влекли его все сильнее. «Все напрасно, все сплошное страдание и разочарование». Хотя я только что узнал, что он скоро может начать кинезотерапию, но ничего не сказал об этом на сеансе.

Примечание. У меня сложилось впечатление, что, сказав о кинезотерапии, я дам ему лишь весьма поверхностное утешение и в действительности помешаю его усилиям разрешить конфликт. К тому же приближался период летних каникул, и мне казалось, что было бы хорошо придержать приятные новости ближе к летнему перерыву.

На следующем сеансе я сказал ему, что он может начать кинезотерапию после летнего перерыва. Саймон Y ответил: «Если бы вы сказали мне это год назад, я бы этого не принял. Я бы вам не поверил. Но сегодня я намерен продолжать». После этого он рассказал мне о сне, в котором он находился в тюрьме и чувствовал себя подавленно и совершенно безразлично. Именно в этот момент он впервые рассказал мне подробно, что случилось, когда он совершил преступление.

Примечание. Я подумал, что его сновидение отражало реальную ситуацию, его одиночество — особенно в преддверии каникул, но все еще полагал, что слишком рано предлагать интерпретацию, особенно с учетом летнего перерыва.

Саймон Y спросил, что я делаю во время отпуска. Он вообразил нечто подобное путешествию в Непал, сафари в африканской резервации или по меньшей мере поездку на острова Карибского моря. Я сказал, что проведу отпуск в обычной горной деревушке на юге Тироля, и дал ему свой адрес. У самого Саймона Y не было никаких планов. Как они могли у него быть? Всего лишь какая-то смутная идея о том, чтобы поехать куда-нибудь далеко, в Сахару, вместе с собакой в старом фургоне для перевозки товаров. В конце сеанса он сказал мне: «Не беспокойтесь обо мне, я смогу перенести этот долгий перерыв и буду в хорошей форме».

Четвертая фаза лечения

Саймон Y казался очень вялым на первом сеансе после перерыва. Он вовсе был не склонен переезжать на новую квартиру. Помолчав какое-то время, он сказал, что встретил 14-летнего мальчика около четырех недель тому назад. Мальчик посещал

школу для детей с эмоциональными расстройствами, и у него были трудности с учебой. Саймон Y описывал его как очень чувствительного и привязчивого. Мальчик часто проводит с ним целый день, но у них не было еще никакого сексуального контакта, хотя мальчик соблазнителен. У нас был длительный разговор о таких сексуальных отношениях с несовершеннолетними. Саймон Y был убежден, что «если мальчика влекут такие вещи, то это признак того, что он в этом нуждается, и тогда это не может быть вредным». Сам он ссылался на трудности, связанные с законом. «Если бы мальчик был на год старше, тогда, возможно, полиция отнеслась бы к этому иначе». После того как Саймон Y поднял этот вопрос, я спросил его, не останавливает ли его риск, связанный с подобного рода отношениями. Он ответил спонтанно, что не думает о риске, но что в жизни человек должен как-то рисковать, и что к тому же у мальчика уже был некоторый опыт, и что тот ничего не скажет. Для пациента важен был не столько сексуальный контакт, сколько нежные чувства, которые он испытывает к мальчику. Он добавил: «Но если мальчик отчетливо подведет меня к сексуальному контакту, тогда я не знаю, смогу ли я устоять».

Примечание. После этого сеанса мне было ясно, что теперь терапевтические отношения достаточно надежны, поскольку пациент мог рассказать мне об этих вещах без всяких опасений. В то же самое время я задавал себе вопрос, который не задал пациенту, а именно — не является ли привязанность к мальчику последствием летнего перерыва.

Через несколько сеансов Саймон Y пришел ко мне в кабинет в сильном возбуждении. Ему угрожала в его доме группа более старших мальчиков, и ему удалось убежать через черный ход. В ответ на мои вопросы он признался, что у него был сексуальный контакт с одним из этих мальчиков несколько лет назад, но что сейчас у этого мальчика есть подруга и он полон ненависти к Саймону Y. Мы подробно поговорили об этом как об одной из опасностей сексуальных контактов с мальчиками юного возраста, и я подвел итог: «Мальчики жаждут приключений и секса, в то время как вы жаждете отношений, которых у вас не может быть с людьми вашего возраста. В результате у вас диаметрально противоположные интересы, и поэтому подобные отношения не могут дать вам того, что вы ждете. И к тому же это может длиться только очень недолго». Саймон Y сказал, что для него последнее особенно важно и что он избегает длительных отношений. Более того, он сказал, что другого ему не дано, поскольку педофилия является врожденной. Я ответил, что мы еще продолжим разговор на эту тему и что все не так просто, как он это себе представляет. Мы снова и снова обсуждали эту тему в различных контекстах в течение последующих двух лет.

По моему впечатлению, через десять месяцев лечения предварительная фаза была завершена и укрепились терапевтические отношения, что позволило нам совершить постепенный переход к аналитической психотерапии. Обычно невозможно четко провести различие между двумя фазами; это справедливо и в отношении данного пациента. Главный результат заключался в установлении довольно прочных терапевтических отношений и в том, что пациент был готов к сотрудничеству и достаточно мотивирован. Важно также, чтобы переход к аналитической терапии происходил как можно постепеннее и в ходе лечения не случалось ничего внезапного, совершенно неожиданного для пациента. Вряд ли стоит подчеркивать, что интерпретации всегда направлены на переживания пациента и на его мгновенное понимание и инсайты.

Была определена цель последующего лечения, а именно пациент должен получить возможность найти смысл жизни, которую считал бессмысленной. Постоянным фоном лечения была степень его «предрасположенности» к педофилии. Этот случай подтверждает наш опыт, что эффективное лечение выраженных и постоянных психосексуальных расстройств возможно только в рамках полной психоаналитической терапии. Мотивация, конечно, играет в терапии особую роль.

Итог лечения

Необходимо различать две фазы в лечении Саймона Y. Первая охватывает период с августа по октябрь, вторая — с конца февраля следующего года до конца периода, о котором рассказано здесь, — до февраля еще годом позже. Позвольте мне добавить, что лечение все еще продолжается.

Вскоре после начала первой фазы пациент принес мне записную книжку, содержащую личные заметки, и спросил меня, не хотел бы я прочесть их в течение следующей недели. Главной темой этих заметок была история эвтаназии его собаки, которая оказалась безнадежно больна. Чтобы избавить ее от страданий, Саймон Y скормил своей собаке снотворное, которое сохранял «на крайний случай». Эти записки раскрыли его сильные переживания, нормальные интеллектуальные способности и состояние отверженности.

В течение первой фазы лечения доминировала тема частых слез пациента. Он начинал плакать во время интервью, после того как у него был приступ рыданий на одном из сеансов кинезотерапии. Он считал слезы признаком своей беспомощности, однако чувствовал в себе также и большую силу агрессии, которая его пугала.

Пациент вновь попросил заняться гипнозом; сеанс опять вызвал приступ рыданий, более тяжелый, чем все те, которые имели место на начальных сеансах. Очевидно было, что пациент почти перестал плакать после того, как мы обсудили эти приступы в контексте его самых последних переживаний. Другими темами, которые часто всплывали, были его одиночество и неспособность к социальным контактам. После он сделал первые небольшие и робкие шаги к таким контактам; например, он оказал помощь пострадавшему во время транспортного происшествия и вызвался помогать в приюте для животных. В приюте ему отказали, однако он был очень удивлен, что нормально воспринял отказ, не позволив повлиять случившемуся на его жизнь. Педофилия оказалась при этом на заднем плане; время от времени Саймон Y спрашивал, почему он так интересуется именно мальчиками. Однако время обсуждать эту тему еще не пришло.

Совершенной неожиданностью для меня было его заявление в октябре, что он хочет закончить лечение. Он чувствовал себя независимым и достаточно сильным, чтобы попытаться жить без лечения. Он также упомянул, что вошел в контакт с одной коммуной, которая готова его принять. На него произвело большое впечатление, что вне рамок лечения есть люди, которые принимают его таким, каков он есть; ему разрешили даже взять свою собаку. Меня он спросил, следует ли ему дать о себе знать когда-нибудь вновь, и я ответил, что буду рад услышать о нем.

Через несколько месяцев он позвонил мне, и то, что он позвонил точно в то время, когда у нас был бы сеанс, не было простым совпадением. Он сказал, что один его знакомый покончил с собой необычайно драматическим способом. Он пришел на следующий день и произвел впечатление спокойного и неожиданно уверенного в себе человека. Он был очень опечален самоубийством знакомого, однако ему было легко представить, что случилось, поскольку его самого в течение многих лет тревожили подобные мысли. Он дал также понять, что больше таких мыслей у него нет. Затем он рассказал мне о коммуне. Изредка у него возникали конфликты, но он всегда мог поговорить о них. У меня сложилось впечатление, что глава коммуны был довольно-таки авторитарным. Саймон Y упомянул имя девушки, которая там жила. После нашего разговора он, казалось, был удовлетворен и вернулся к той группе, с которой жил.

Мне было ясно, что лечение не завершено; мое впечатление подкреплялось тем, что его компания, похоже, скорее толкала к подчинению, чем к независимости. Через несколько месяцев Саймон Y вернулся вновь. Поначалу он был угнетен тем, что оставил коммуну. Он рассматривал это как неудачу и только через несколько недель понял, что на самом деле это достижение, а не потеря. Он не поддался давлению и не подчинился другим.

Это укрепило его уверенность в себе, что сказывалось даже на некоторых унылых в другом отношении сеансах. Лечение было тогда сосредоточено на его педофилии. Пришло время предложить интерпретацию, что в мальчиках он ищет себя, что дело в идентификационной любви и что он восхищается ими потому, что они таковы, по крайней мере внешне, каким раньше хотел быть он сам, а именно независимым, свободным, несвязанным и уверенным в себе. Он мог видеть, что его более юные друзья с психологической и социальной точки зрения были неблагополучны; он понял, что их поведение почти полностью подчинено достижению прямого эдипова удовлетворения, что они относятся к другим лишь как к объектам, приносящим это удовлетворение, и что они неспособны, во всяком случае пока, к образованию прочных личных отношений.

Заключительный комментарий аналитика. Данный отчет об интервью строится вокруг двух вопросов. Первый — почему Саймону Y так трудно внутренне освободиться от этих юных друзей? И второй — почему у него женщины вызывают такой страх? Он отвергает гомосексуальные контакты. Наконец, следует также упомянуть, что у него в течение долгого времени не было сексуальных отношений с его прежними друзьями.

Многое произошло в ходе лечения Саймона Y. Во многих отношениях он явно изменился, что подтверждают с восхищением его знакомые. Но оба мы знаем, что его лечение еще не завершено. Его длительность зависит от особых целей, которые мы ставим в ходе терапии.

6.2.3 Подростковый период

Возникающие в подростковом периоде кризисы являются признаками *преобразований* и *урегулирования* (Freud, 1905d, p. 208), которые, следуя Эриксону, видятся нам сегодня в перспективе формирования и поиска идентичности. Другие аспекты были описаны Блосом (Blos, 1962, 1970) как процессы сепарации и индивидуации, в то время как Лауфер (Laufer, 1984) отмечает интеграцию сексуальности. Подросток качественно по-новому переживает самого себя, свое тело, своих родителей и, наконец, но далеко не в последнюю очередь, свои поиски контактов вне семьи. Эти аспекты до сих пор еще слишком мало учитываются в психоаналитической теории подросткового возраста. Подросток не только пытается активно воздействовать на свое окружение, но также, управляясь со своими конфликтами, испытывает новые стратегии (см.: Seiffge-Krenke, 1985; Olbrich-Todt, 1984). Именно в этом контексте Лернер (Lerner, 1984) характеризует подростков как продюсеров своего собственного развития. Эти результаты психологии развития очень

важны для концептуализации лечения подростков, поскольку техника и цель терапии должны быть сформулированы в соответствии с динамикой развития. При диагностировании невротических нарушений в подростковом возрасте необходимо помнить, что «преобразования», которые мы ожидаем увидеть у подростков, могут по многочисленным причинам избегаться, блокироваться, искажаться или запаздывать. Исчезновение в современной цивилизации традиционных ритуалов инициации изолирует подростков или приводит к новым видам групповых формирований. В результате хорошо известные амбивалентности, смена настроения и поляризации проявляются в особенно сильных формах. Взрослый мир перестает восприниматься идеальным, и подросток ищет новые ролевые модели. Непослушание и восхищение быстро сменяют друг друга, а терапевт часто воспринимается очень критически, как будто он является агентом родителей и проводником социальных норм. Часто встречается чрезвычайно сильное стремление к автономности, которое затрудняет подростку принятие совета и помощи взрослого.

Вместе с усиливающейся склонностью к самонаблюдению, которая — в форме предрасположенности к рефлексии — является весьма желательным предварительным условием для терапевтической работы, начинаются проблемы терапевтической техники. И так ли уж неминуемо, чтобы подросток, который больше наблюдает за самим собой и одновременно с этим изолирует себя, сопротивлялся нашему предложению совместно исследовать мир его мыслей и эмоций, независимо от природы его расстройства? Таким образом, нельзя оправдать аналитика, автоматически интерпретирующего в традиционной манере скептицизм, который привносится подростком в терапию, особенно с тех пор, как пубертатная незащищенность, связывавшаяся ранее с сексуальным созреванием, приобретает сегодня иной смысл и выражается разнообразными способами.

Другой аспект подростковой поглощенности собой составляет жажда приобретения опыта. Общепризнанно, что эта жажда не преследует целей ухода от мыслей и эмоций. Это еще одна ловушка, с которой может столкнуться терапия, и аналитику не следует дискредитировать эту жажду опыта, считая ее «отыгрыванием вовне». Главной целью подростка является действие и накопление опыта, чтобы усилить свое все еще неполное самоуважение. Таким образом, самонаблюдение и жажда опыта образуют два полюса всеохватывающего желания подростка переживать себя и мир. Эриксон (1968) дал специальное описание значения *переживания* для разрешения кризисов развития в подростковом периоде.

Основной вопрос заключается в том, могут ли быть использованы — и каким образом — отношения между подростком и аналитиком в качестве «средства», способствующего изменениям, без риска слишком запутаться в осложнениях, вызванных повторяющимися видами переноса. Блос (1983) рассматривает перенос в подростковом возрасте как двигатель заблокированного развития и называет подростковый перенос в терапии двусторонним. В переносе, через оживление инфантильных позиций и перенесение на аналитика репрезантаций Я и объекта, активно модифицируются старые и создаются новые, скорректированные версии. Встает вопрос, каким образом нужно интерпретировать перенос в ситуации, когда подростки, по невротическим причинам, прибегают к регрессии, чтобы заблокировать процессы развития и сепарации. Верно также и обратное. В направленных на терапевта трансферентных желаниях содержится опасность оживления травматических переживаний, и поэтому такие желания отвергаются. По этой причине важно, чтобы аналитик в противоположность ситуации анализа взрослых *не* помещал себя в центр переноса на начальном этапе, а иногда даже не делал этого и на более протяженных временных отрезках. Предлагая строгие интерпретации регрессивных компонентов переноса, аналитик займет место реальных родительских фигур и действительно будет препятствовать сепарации. Один из парадоксов терапевтической ситуации состоит порой в весьма резких проявлениях интенсивных эмоциональных реакций, которые обычно отражают в некоторой степени оправданную интенсивную тревогу по поводу оживления инфантильной позиции зависимости. Поэтому очень важно установить «мы-связь» (we-bond), которая впервые была описана Штербой (Sterba, 1929) и к которой пытались подойти, например, Айхорн (Aichhorn, 1925) и Цуллигер (Zulliger, 1957).

Для того чтобы возобновить заблокированный процесс развития, подростку необходимо нечто большее, чем постижение своих защитных механизмов. Надо понимать его потребность в аналитике как в человеке, который поможет ему выйти из тупика, как выражение специфических для данной фазы стремлений, иначе он останется на якоре бессознательных инфантильных ожиданий. Задача аналитика состоит в дифференциации прошлого и настоящего, внутреннего и внешнего мира, переноса и реальных отношений в аналитической ситуации. Вербальная продукция пациента освобождается от инфантильных отголосков должным образом, если их изучение со стороны аналитика допускает специфичные для данной фазы, равно как и подавленные, инфантильные желания (Bürgin, 1980).

Очень важно с самого начала так структурировать аналитическую ситуацию, чтобы подросток мог использовать ее как

сферу, в которой делаются открытия. Задача в том, чтобы достигнуть равновесия между *открытием* и *раскрытием*. Нечто большее, чем только тревога, вызванная пассивностью и регрессией, побуждает подростка желать трансформации аналитической ситуации в реальную. Желание подростков получать советы от аналитика, знать, что думает или чувствует аналитик, их стремление провоцировать у него эмоциональные реакции означает, в частности, попытку наделить аналитика человеческими качествами и тем самым воспрепятствовать его превращению во всемогущую и анонимную фигуру. В первую очередь подросток стремится не идентифицировать себя с аналитиком, не быть на него похожим, желает отличаться от аналитика и, таким образом, переживать свою собственную идентичность.

Предпосылки для курса анализа создаются на начальной фазе терапии, когда становится весьма существенным, чтобы у пациента возник инсайт в отношении аналитической ситуации как о месте, в котором могут быть сделаны открытия. Очень многое зависит от способности аналитика с самого начала выработать понимание действительно имеющегося у его юного пациента страха и считаться с фактом, что тот пришел за помощью. Чем моложе пациент, тем более важными вначале являются реальные отношения; из них — в зависимости от того, как будет вести себя аналитик, — может постепенно развиться перенос. Можно сказать, что сначала подросток должен установить, каким образом и в достижении каких целей ему может помочь аналитик.

Пример

Родители 18-летнего Отто Y записали на прием своего сына потому, что он около трех лет собирал старые ботинки. По настоянию родителей он за полтора года до этого проходил групповую психотерапию и в результате этой терапии, которая, по независящим от него причинам, длилась всего шесть месяцев, стал более общительным и чувствовал себя не таким отвергнутым. Однако в отношении его «проблемы с ботинками» перемен не было. Поскольку мне стала доступна эта информация еще до начального интервью, у Отто Y были основания полагать, что я знаю причину его прихода. Это был высокий молодой человек, очень дружелюбный, но несколько смущенный при нашей встрече; он даже поклонился. Чтобы не усиливать его смущения, я сказал, что он, вероятно, знает о том, что мне сообщили о его проблеме с ботинками, и попросил его рассказать мне, что сам он об этом думает. Он открыто высказался о своей проблеме: «Я влюблен в ботинки». Эта первая фраза поставила меня в тупик, хотя я и отметил про себя, что его ход был весьма не-

глупым. Он желал знать, собирался ли я, так же как его родители, отобрать у него ботинки и сделать его нормальным? Я сказал: «Могу себе представить, что непросто быть влюбленным в ботинки».

Затем он стал мне рассказывать историю ботинок. Он сообщил, что стал их собирать еще мальчиком, но только ботинки без шнурков. Он сказал, что протестовал, когда мать хотела их выбросить. Его коллекционирование активизировалось около трех лет назад, он стал собирать и обувь, выброшенную другими людьми. Тогда пациент даже не заикнулся о том, что коллекционирование ботинок обладало для него и сексуальным значением. Он сообщил, что иногда считает себя гомосексуалистом, поскольку у него нет никаких чувств к девушкам; при сопоставлении всего этого становилось ясно, что обувь обладала весьма значительным влиянием на его внутренний и внешний мир. Когда он выполнял свою домашнюю работу, он часто думал о ботинках и не мог сконцентрироваться. Однако были сферы, в которых ничто его не отвлекало; например, в свободное время он занимался живописью.

Чем дольше я его слушал, тем больше замечал, насколько благонравно и старательно он излагает свой анамнез. Хотя я мог кое-что предположить о его собственном беспокойстве, но весьма плавная манера, в которой он излагал свое сообщение, заставила меня сдержаться. Поэтому я сказал ему, что он много сообщил о себе, но что у меня все же сложилось впечатление, что имеется еще нечто, что беспокоит его больше, чем затронутая им проблема. Он помолчал, прежде чем немного рассказать мне о терапии, в которой находился ранее. Обращая взгляд в прошлое, он сказал, что терапия, несомненно, помогла ему, потому что он не так часто впадал в депрессии, но что не было достигнуто никаких изменений в его проблеме с ботинками. Затем мне удалось показать ему, что он боится говорить о ботинках, пока у него остается впечатление, что он пришел только для того, чтобы угодить своей матери. Затем я коснулся ожиданий его родителей; когда они назначали встречу, я понял, что они хотят любой ценой прийти и поговорить со мной. Я предположил, что он знает об этом, ему хотелось бы присутствовать на этой беседе, поскольку интересно узнать, поддамся ли я влиянию их ожиданий. Он определенно хотел использовать этот разговор, чтобы выяснить мое отношение к его проблеме с ботинками. Мы не назначили даты начала терапии, чтобы дать ему возможность принять решение в отношении дальнейших бесед.

Комментарий. Вопрос о необходимости беседы с родителями в начале психоаналитического лечения должен в каждом отдельном случае решаться по-разному. Если подросток сам стре-

мится пройти терапию, то контакт с родителями является вообще проблематичным, поскольку это может привести к потере доверия. Обсуждение с родителями также не является необходимым в случае старших подростков, если последние уже в достаточной степени достигли независимости во внешнем мире. Если аналитик решил увидеться с родителями, то он должен провести эту беседу в присутствии своего юного пациента. В таких случаях мы рекомендуем аналитику не давать никаких интерпретаций по поводу динамики семейных связей, к которой они апеллируют, а ограничиться тем, чтобы узнать хоть что-либо о прошлой и нынешней семейной ситуации.

Во время семейного сеанса Отто Y был пассивным, но внимательно наблюдал за происходящим. Его отец не казался особенно раздраженным, в отличие от матери, которая со слезами на глазах говорила о проблеме с ботинками. Я смог проследить корни все еще тесных уз между матерью и сыном, тянущихся к его детству. В период, пока Отто Y еще не ходил в школу, господин Y был очень занят своей работой. Также я получил весьма ценную информацию о начале коллекционирования ботинок. В это время госпожа Y очень беспокоилась за свою дочь, серьезное заболевание которой потребовало операции с риском для жизни. Вероятно, в своих переживаниях она чувствовала себя очень одинокой. Похоже, что сын значил для нее нечто особенное именно в смысле утешения. Это, очевидно, помешало сепарации подростку Отто Y от семьи. Случавшиеся время от времени яростные перепалки между матерью и сыном не только указывали на трудности сепарации, но при этом, казалось, обеспечивали скрытые инцестуозные удовольствия и тайное торжество Отто Y над своим отцом и его миром. В конце нашего разговора я отметил, что Отто Y использовал ботинки, чтобы построить свой собственный мир, который был бы недоступен его родителям. Нечто подобное относилось и к терапии. Я добавил, что если Отто Y решил начать терапию, то ему, как и родителям, будет нелегко согласиться с тем, что они не могут принять в ней участие.

Во время своего следующего прихода Отто Y вел себя, как будто семейного разговора никогда не было. Своим поведением он показал мне, что знает, как ловко можно избегать неприятных ситуаций, конструируя для себя два мира — мир внешних событий и свой внутренний мир, который он пытается сделать недоступным для других. Благодаря этому он умудряется избегать конфликтов как внутри себя, так и в контактах со своими ролевыми моделями. Также стало ясно, что он уже решился на терапию, хотя еще оставался скрытным и настороженным. Его задачей все еще было выяснить, не буду ли я в конечном итоге

вмешиваться в его личные связи. Он выбрал тему, которая была особенно подходящей для этого, сообщив мне, что он хотел, в силу своих взглядов, отказаться от воинской службы, но пока еще полностью не принял решения на этот счет. И, бросив на меня взгляд, он сказал, что обратился бы к кому-нибудь, чтобы тот помог ему советом. Прослеживалась его тревога по поводу того, что он может и в самом деле оказаться гомосексуалистом. Было нетрудно обнаружить его намерение. Ему хотелось узнать, как я буду реагировать на тему «гомосексуальность», и он упомянул дополнительные подробности, намереваясь спровоцировать меня на демонстрацию моего интереса к его гомосексуальным переживаниям и соответствующие расспросы. Два года назад в оздоровительном лагере он познакомился со студентом, который его сильно волновал. Этому студенту он впервые открыл свою проблему с ботинками, а позже принял его совет пройти групповую терапию.

Нельзя было не заметить его тревогу по поводу гомосексуальных трансферентных желаний. С одной стороны, его беспокоило, что я оставил для него открытой возможность установить, хочет ли он быть гомосексуалистом; с другой стороны, он боялся, что я попытаюсь «нормализовать» его в соответствии с ожиданиями его родителей. Для того чтобы сохранить психоаналитическое интервью в качестве возможности сделать свои собственные открытия, я сказал ему, что он хочет узнать, можно ли здесь говорить со мной обо всем, включая его гомосексуальность, и попытаться прояснить, кем он является и как хотел бы развиваться в будущем. Таким образом, я попросил его принять фрустрацию, вызванную тем, что он — это было очевидно — искал немедленной помощи, чтобы принять решение как в отношении сознательного отказа от воинской службы, так и в связи с его возможной гомосексуальностью.

Кроме этого, он показал мне, каким незащищенным он себя чувствует, принимая самостоятельные решения. Казалось, он хотел проверить, буду ли я реагировать на его тревоги иначе, в сравнении с его отцом, который бросает его в беде, и в сравнении с его матерью, которая слишком вмешивается в его дела.

Теперь Отто Y начал рассказывать мне о своих более «нормальных» конфликтах. У него были проблемы в школе; например, ему требовался репетитор по математике, и у него даже было чувство, что он хуже других на занятиях живописью, своим любимым предметом. Мир ботинок служил убежищем. Во время выполнения школьной работы он часто думал, как бы приобрести следующую пару ботинок. В то же время он беспокоился, что может как-то быть раскрыт или что родители увидят его сидящим за своим столом с парой старых ботинок. В тот момент было важным показать ему, как он страдает от того, что

отличается от других подростков его возраста. Я интерпретировал его сильное стремление жить как другие подростки, не нуждающиеся в какой-либо терапии, и связал его привязанность к ботинкам с привязанностью к своим родителям, особенно к матери. Он боялся, что может обидеть мать открытым признанием своей страсти к ботинкам, вместо того чтобы сохранить ее в тайне. Поэтому я сказал ему, что он надеется на мое понимание двух аспектов — один, связанный с ботинками и матерью, и другой, заключающийся в нахождении способа отстранения и движения по своему собственному пути.

Сначала эта интерпретация усилила в нем эмоциональное напряжение. Чем больше он открывался для терапии, тем труднее ему становилось говорить со мной. На первый план выступила его тревога по поводу чувства стыда, одновременно он становился более откровенным со своими родителями и даже осмелился впервые упомянуть, что ходит искать выброшенную обувь. Он также признался мне, что ему нравится брать в постель старые ботинки, что вызывает у родителей чувство отвращения. В то же время он изобразил неведение и отрицал, что его страсть к ботинкам обладает каким-либо сексуальным значением. Например, он заявил, что совсем недавно впервые услышал слово «мастурбация» и не знает, что оно означает. Это было для меня знаком не торопиться затрагивать тему сексуального качества его фетишизма, связанного с обувью.

Лишь гораздо позже я узнал, что какое-то время он пытался мастурбировать с помощью старых ботинок, но бросил это занятие, поскольку из-за задержки эякуляции не испытывал оргазма.

Периоды молчания стали более длинными, и это усилило во мне тенденцию пробиваться к нему, задавая настойчивые вопросы. В отношении меня у него явно сложились весьма определенные идеи, сопровождаемые соответствующим сопротивлением. Моя заинтересованность в изучении подробностей его фетишизма помогла мне осознать, что он хочет спровоцировать с моей стороны повышенную отзывчивость, а также, казалось мне, он ожидает, что я сниму с него бремя тяжелой работы над этой темой. Для пациента я был специалистом, который, в отличие от его родителей, не испытывает отвращения и готов выслушивать все. Реакция на мое растущее любопытство сделала для меня очевидным, что я, вероятно, должен принять роль скрытого фетишиста. С помощью намеков и нерешительности он пытался вызвать мое горячее желание узнавать больше о его мире ботинок, и ему явно удавалось лучше контролировать свое возбуждение и ситуацию. Тем не менее было еще преждевременно указывать ему на эту регрессивную динамику переноса. Гораздо более приемлемым было интерпретировать его амбивалентность

по отношению ко мне, поскольку это давало ему защиту от регрессии. Я ухватился за идею, что как бы являюсь экспертом, для которого пациент представляет всего-навсего необычный случай, и сказал ему, что эта идея означает его попытку защитить от меня свой интимный мир ботинок и держать меня на расстоянии.

Эта интерпретация выглядела как критика, вызванная разочарованием, которое я испытал, но лишь позднее смог осознать. Хотя я знал, насколько чувствительным он должен был бы быть именно к таким идеям взрослых, какими бы благонамеренными они ни были, я все же был обижен тем, что он сказал только «боже мой» на мои интерпретации переноса. Всякий раз, когда я пытался показать ему, как он переживает терапевтическую ситуацию, он чувствовал себя загнанным в угол этими «напоминаниями о ситуации». «У меня нет ни малейшего представления о том, что я должен сказать». Постепенно это немного перешло в игру. Он сказал, что беспокоится, что я просто разорвал бы его на куски, если бы он рассказал о себе больше, — и все это для того, чтобы снова реагировать на мои следующие интерпретации своим обиженным и обвиняющим «боже мой».

Я стал понимать это «боже мой» как выражение беспокойства о том, что я воспользуюсь интерпретациями переноса, чтобы уговорить его принять мой взгляд на вещи, подорвав тем самым его еще весьма неустойчивую независимость. Необходимость признать всю степень своей незащищенности, неустойчивости была для него даже более постыдной, чем для других подростков. После того как я смог показать ему, что он испытывает меня своим «боже мой», выясняя, обижусь ли я на такую его реакцию или сочту ее проявлением нелегкой борьбы с внутренними противоречиями, — он начал все больше и больше говорить о своей самокритичности.

Его собственным ценностям противоречила эта страсть к ботинкам, ему удавалось ее сохранить лишь в отстраненности от своей повседневной жизни. Поэтому он сопротивлялся моим интерпретациям, относящимся к тому, что он пытался не соединять.

Отто Y боялся, что терапия разрушит его свободу доступа к альтернативам. Целый ряд примеров демонстрировал его тревогу, связанную с принятием решений. Например, в начале лечения он ожидал от меня совета в отношении воинской обязанности, «за» я или «против», потому что сам он действительно внутренне был неспособен принять решение. То же самое с выбором — маслом писать или акварелью; я сказал ему: «С одной стороны, вы хотите быть свободным и решительным, а с другой — боитесь. Есть что-то значительное в сохранении альтернативы и в непринятии решения. По этой причине вы и оказы-

ваете мне сопротивление, вы боитесь, что я лишу вас чего-нибудь, заставив принять решение». Он согласился, но вместе с тем возразил, что и в самом деле нуждается в моем совете и чувствует себя брошенным и одиноким, когда я не даю ему никакого совета. Мой совет был ему нужен для предупреждения конфликта со своим внутренним миром и сохранения под контролем своих опасений быть пристыженным, которые становились все сильнее и сильнее. Он покраснел, когда я после довольно длительной паузы сказал ему, что он, очевидно, сейчас чувствует мое намерение «вытянуть» из него те мысли, которых он стыдится. Он сказал, что боится, так как не имеет понятия, куда может привести терапия. Я установил, что для этого утверждения имелось конкретное основание, когда узнал, что сеансы возбуждали его до такой степени, что ему хотелось ходить по улицам и разыскивать ботинки. Недавно он увидел пару, которая очень сильно его привлекла.

Я подумал, что это могло быть косвенным указанием на мои ботинки и он почувствует себя пристыженным и будет отрицать обнаруженную мной связь, подспудно рассчитывая на возможность самому сделать это открытие. Моя просьба изменить время одного из сеансов как раз такую возможность и предоставила; ниже я привожу выдержки из двух протоколов, записанных мною по памяти сразу же после сеансов. Перенесенный сеанс начался с десятиминутного молчания, которое было необычно длинным для этого пациента.

П: Дома я куда-то засунул список наречий и везде его искал.

А: Вероятно, это не просто совпадение, что вы упоминаете об этом списке прямо сейчас, потому что здесь вы часто отчаянно пытаетесь найти нужное слово.

П: Боже мой, вы снова меня заинтерпретировали. Это так вписывается в штампы психоаналитика. Я имею в виду нечто поверхностное, а вы сразу делаете допущение о чем-то на более глубинном уровне.

А: Вы убеждены, что я постоянно хочу узнать побольше о вашей страсти к ботинкам, и даже не осознаете, что сейчас мы говорим о перенесении сеанса, то есть о чем-то, что может рассердить вас, так как вам приходится делать то, о чем я прошу.

П: Да, я немного разозлился, и у меня было чувство, что вы решаете за меня. Но сейчас уже все решено.

А: Значит, мы вообще не должны беспокоиться по поводу вашей рассерженности.

П: Дома я иногда очень злюсь на своих родителей. Часто это просто внутреннее чувство, но иногда я дохожу до отчаяния и крика, например когда мать критикует меня за то, что я не

кладу чего-нибудь на место. Это случается весьма часто, и тогда она жалуется, что на меня нельзя положиться.

А: И вы часто чувствуете потребность закричать здесь, когда ощущаете, что я давлю на вас.

П: Да, иногда это так. Дело в том, что вы выступаете не только в качестве психоаналитика, но и как обычный человек, так что я должен сохранять свое достоинство.

Я должен был задуматься над словом «Verlegen», которое означает на немецком и *перенесение* сеанса и *утерю* списка наречий. Я задумался над тем, что его «боже мой» используется в качестве сопротивления тому, чтобы попасть в зависимость от меня, то есть как и в отношениях с матерью. Поэтому он должен был также протестовать против интерпретаций переноса, которые стимулировали регрессивные желания и были в конфликте с желанием отстраниться. Пациент предложил мне следующую формулу отношений: он разыскивал список наречий, который куда-то засунул, его мать требовала, чтобы он был аккуратным, и жаловалась на него, потому что, затеряв список, он ускользнул от ее контроля. В отношении переноса это означало его страх, что я возьму на себя роль требовательной матери, которая ожидает, чтобы ей обо всем рассказывали, и чьи интерпретации посягают на его свободу выбора, лишая собственной инициативы. С другой стороны, приписывая мне эту роль, он получал возможность избегать конфликта с самим собой, со своими аффектами и фантазиями, настаивая, чтобы все понималось конкретно. Однако при этом возникала опасность, что мы окажемся замкнутыми в порочном круге взаимных обвинений. Поэтому мне было необходимо прояснить ему его роль в переносе. Возвращаясь к идее, что я выступал в качестве обычного человека, он адресовался к тому факту, что смущается в моем присутствии. Отчасти он был смущен, потому что никогда не чувствовал себя в безопасности, решая, в какой степени может раскрываться без того, чтобы попасть в капкан своих собственных регрессивных желаний. Поэтому ему также было важно иметь возможность устанавливать время, когда бы он мог раскрыться передо мной. В итоге, завершая сеанс, я сослался на то, что перемена нашего графика, по-видимому, усилила его беспокойство, что он может потерять контроль над собой и мной. Он ответил, что это вызывает у него сильную неловкость, так как он больше не уверен, хочет ли, чтобы я понял, что в нем происходит. Он видит во мне психоаналитика, который слишком все интерпретирует.

Отто Y прибыл на следующий сеанс точно за час до назначенного времени. Поскольку обычно он был пунктуален и никогда не ждал в приемной, а войдя, прямо стучал в дверь кабинета, то и не заметил своей ошибки.

Некоторое время он молчал, и я начал наш сеанс с вопроса, заметил ли он, что пришел слишком рано. Поначалу он был уверен, что ничего не спутал, потом засомневался.

П: Боже мой, должно быть, я действительно спутал с сеансом в пятницу.

А: Вы говорите «боже мой», только когда я говорю вам то, что вызывает у вас сопротивление.

П: Да. [Длительная пауза.]

А: Прежде чем идти дальше, мы сначала должны выяснить, что вы думаете относительно того, что мне следует сделать, чтобы вы вновь почувствовали себя в большей безопасности.

П: [Подчеркнуто.] Ну, все, что я говорю, исчезает в глубине вашего сознания, и я не знаю, что вы с этим делаете. Во-вторых, здесь у нас нет цели, даже предварительной, и, в-третьих, я боюсь, что теряю последние остатки своего достоинства и самоуважения, когда нахожусь здесь, а мне бы хотелось, чтобы вы помогли мне сохранить самоуважение. Но об этом мы говорили на последнем сеансе.

А: На последнем сеансе у вас, очевидно, появилось чувство, что вы можете потерять свое самоуважение.

П: [Смущенно.] Что же произошло в действительности? Я сейчас просто не могу припомнить. За это время столько всего произошло, я был на дне рождения, состоялся музыкальный фестиваль, и, да, теперь вы обязательно должны меня спросить, почему я не могу этого вспомнить.

А: Мне становится ясно, как трудно вам каждый раз переключаться с одного мира на другой. Вот повседневная жизнь, а вот лечение, где мы говорим о ваших ботинках. [Пациент прерывает меня, прежде чем я смог закончить.]

П: И здесь мне всегда напоминают о ваших ботинках. [Говоря это, он улыбнулся.]

А: Точно, и затем вам хочется, чтобы они были вашими.

П: В общем, да, когда вы когда-нибудь перестанете их носить... [Длительная пауза.]

А: По крайней мере ясно, что вы боретесь против того, чтобы вам всегда напоминали о них.

П: Потому что боюсь, что вообще не смогу получать удовлетворения. И есть две вещи, о которых я вам еще не сказал. С самого детства у меня была проблема с жуткой мыслью, будто животных убивают ради их кожи. Думаю, именно поэтому я и не могу выбросить ботинки. И, кроме того, мне очень трудно говорить с человеком, на котором ботинки, которые мне нравятся. Развивается физическое притяжение. Но если ботинки вовсе не соответствуют моему вкусу, тогда с тем, кто их носит, начать разговор еще труднее. У ваших ботинок есть нечто очень важное — у них нет шнурков.

А: Я думаю, вы говорите не только о ботинках, но и о желаниях, связанных с ботинками. Вопрос заключается в том, чтобы быть очень близким к кому-то. И если я ношу ботинки, которые нравятся нам обоим, значит, я так близко приблизился к вам, что по этой причине вам и трудно говорить со мной.

П: В то время как вы говорили это, где-то глубоко во мне возникло какое-то смешанное неприятно-приятное чувство. [Уходя, он добавил:] Во всяком случае, я не забуду сегодняшнюю встречу.

Этот сеанс обозначил важный шаг в сторону укрепления рабочего альянса. Отто Y уже некоторое время тому назад втайне включил меня в свой мир ботинок, хотя и не мог об этом говорить. Мои ботинки одновременно и возбуждали его, и вызывали фрустрацию. Поскольку они все больше и больше восхищали его, и только они и восхищали, он чувствовал себя все более зависимым и стыдился этого. Он рассматривал изменение графика сеансов и то, что он пришел слишком рано на следующий сеанс, как постыдный признак своей зависимости от меня. Признаться во всем этом мне, очевидно, означало бы для него, что между нами уже не будет никаких барьеров и что я буду полностью контролировать его. Подняв вопрос, что прежде всего мы должны выяснить, что я могу сделать, чтобы он вновь почувствовал себя в безопасности, я позволил ему на меня напасть и тем самым создать между нами дистанцию. Он же, заявив, что все исчезает в моем сознании и что у нас нет цели, которая отвлекла бы его от ботинок, вновь указал на свое беспокойство по поводу того, что может стать полностью зависимым от меня и потерять всякое самоуважение. Он показал мне, как живет на двух уровнях и уже начал исключать меня из своего мира ботинок. Он провел границу между двумя мирами и переключался от одного к другому; это его изолировало, но таким образом он мог продолжать получать удовольствие от своего мира ботинок. Спросив его, насколько беспокоит его это переключение туда-сюда из одного мира в другой, от ботинок в повседневную жизнь, я дал ему возможность допустить меня непосредственно в мир ботинок, на какое-то мгновение приоткрыв его и тем самым немножко интегрировав этот отрезанный мир. Он признал то, что до сих пор кое-что держал при себе и одновременно отчасти идентифицировал со мной. Объяснив ему, что я ношу эти ботинки, потому что они мне нравятся, я помог ему во время этого сеанса подойти к конфликту между его стремлением к физической близости (причина, по которой он стремился овладеть моими ботинками) и желанием сепарации (причина, по которой я не должен давать ему своих ботинок, а должен противиться его желаниям). У него появились инсайты по поводу природы этих бессознательных конфликтов, тесно связанных с переживаниями, которые у него были в ходе сеан-

са в отношении себя и меня. В этом смысле данный сеанс можно считать поворотным пунктом в ходе лечения. Отто Y начал понимать, что дело не конкретно в его ботинках, но в том, чтó они означают — например, его стремление к физической близости и беспокойство, что такая близость может привести к самопожертвованию. В дальнейшем в ходе курса лечения пациент начал произносить «хм» вместо «боже мой» по поводу интерпретаций, которые его затрагивали. Это его «хм» оставляло ему выбор — либо сказать мне, почему он что-то видит по-другому, либо начать работать с этим. Он перестал переживать мои интерпретации как вмешательство, а вместо этого рассматривал их как орудия, с которыми он может работать.

Комментарий. Чтобы определить условия, при которых у Отто Y развилась фиксация на этом фетише, было необходимо, чтобы его восхищение миром ботинок было преобразовано в историю конфликтов, относящихся к бессознательным фантазиям и желаниям удовольствия, которые были у него первоначально по отношению к ролевой модели и которые он пытался косвенно выразить в своем фетише. Необходимо начать с биографического факта: этот пациент жил в двух мирах еще до того, как ему исполнилось три года. Он жил внутри или вместе со своим восхитительным фетишем — или внутри его, — который являлся символом, косвенно выражавшим все его фантазии, воображаемые мысли и иллюзии, возможно обязанные своим происхождением различным объектам. Для этой роли очень подходят неодушевленные предметы, не обладающие собственной вызывающей беспокойство активностью, так как ничем не ограничивают использования их кем-то в качестве объекта, на который проецируются все возможные сознательные и бессознательные фантазии. Отделенный от личного развития индивида и от межличностных отношений, фетиш в конце концов превращается в сексуальный объект в узком смысле этого слова. Восхищение, которое могут вызывать ботинки, свидетельствует о силе человеческого воображения. Но даже оно не может не учитывать, что ботинки могут быть красивыми, безобразными, привлекательными или отталкивающими. Важно отметить, что пациент страдал от сознания того, что его любовь направлена на предмет, который может быть ему доступен только потому, что было убито животное. Кожа неосознанно напоминала ему об убийстве живого существа, то есть об агрессии и разрушении. Стоит отметить, что пациента восхищали ботинки только закрытого типа, в то время как ботинки с дырочками для шнурков относились к отрицательной группе и вызывали даже беспокойное чувство. Возможно, что пациент бессознательно воспринимал дырочки как повреждение, которое, согласно свойству воспри-

ятия концентрироваться на мелких деталях, напоминало ему о повреждении и разрушении. Закрытые ботинки восстанавливали безупречный мир, однако пациент был отягощен чувством вины, то есть убийством животных.

Далее следует отметить, рассматривая психодинамику этого случая, что страх пациента, связанный с возможным превращением его в гомосексуалиста — усиленный тесной дружбой со студентом университета, с которым он был откровенен, — был еще одним признаком его привязанности к фетишу, который мешал ему развиваться. Эта связь, очевидно, полностью препятствовала свободе развития гетеросексуальных контактов и вела к отсутствию возрастных изменений, беспокоящему не только его.

Это описание психодинамики, намеренно сделанное в самой общей форме, включает множество пунктов психоаналитической теории фетишизма, однако не исключает никаких возможностей того, что может произойти в ходе терапии. Образование симптома смогло предотвратить конфликты как эдиповой, так и доэдиповой фаз развития (Freud, 1927e, 1940a, p. 203; Greenacre, 1953; Stoller, 1985).

Если мы попытаемся найти общий знаменатель взглядов различных авторов на психодинамику фетишизма, мы обнаружим, что эти взгляды сосредоточены, с одной стороны, на прегенитальном и андрогинном желании, а с другой — на темах контроля и осуществления власти. Фетиш, который позднее сексуализируется, часто ведет свое происхождение от переходного объекта; интенсивное чувство удовлетворения и безопасности, которое дает фетиш, ассоциируется с этим переходным объектом. В результате терапия ведет к беспокойству, пациент боится, что аналитик отнимет у него объект, с которым у него ассоциируются все его счастье и чувство безопасности. Хотя в данном случае аналитик полностью осознавал эту проблему и постарался не играть роль посланника родителей пациента, чья цель состояла в том, чтобы привести его в норму и отобрать у него фетиш, — он все же не смог избежать дилеммы, тесно связанной с развитием переноса. Особенно при таких симптомах, которые имели место в данном случае, возникает интенсивное чувство стыда, связанного с раскрытием противоестественных привычек. Постепенно, шаг за шагом, пациент сумел раскрыться, несмотря на серьезные внутренние трудности. Однако иногда мы можем наблюдать, что интерпретации аналитика, связанные со стремлением пациента к сепарации, содержали элементы критики, хотя намерения его были прямо противоположны. Таким образом, пациент мог предлагаемые аналитиком интерпретации принять за скрытую критику, в то время как сам он, пациент, хотел сохранить за собой возможность выбора, вместо того чтобы что-то решать, и боролся против аналитика,

могущего у него что-то отнять. Такой тип интерпретаций встречается довольно часто, их делают аналитики с добрыми намерениями, они предполагают, что пациенту самому станет очевидно, что у него ничего не отнимут и что любое возникающее беспокойство необоснованно. Мы рекомендуем аналитику не рассчитывать, что пациент сам поймет необоснованность своего сопротивления переносу и отбросит его, а исследовать моментальный генезис сопротивления вместе с пациентом, то есть поискать вместе причины сопротивления в ситуации «здесь-и-теперь». Делая это, они должны исходить из того, что у пациента имеются основания быть обеспокоенным. Хороший пример в этом отношении дает показанная часть процесса лечения данного пациента, где он преодолел свой стыд. После того как аналитик спросил его мнение, что должно произойти, чтобы он вновь почувствовал себя в безопасности, пациент назвал три пункта, которые должны быть реализованы шаг за шагом в курсе анализа, если таковой стремится к положительному завершению, то есть ведет к терапевтическим изменениям. Каждый пациент зависит от того, что думает о нем аналитик и куда идет анализ, и самоуважение пациента регулируется отношениями с аналитиком. Сделанные аналитиком замечания о том, как трудно пациенту переключаться с одного мира на другой, оказались достаточными, чтобы побудить пациента описать свои фантазии переноса о ботинках аналитика. Во время этого незабываемого сеанса фетиш проявился в неврозе переноса. Аналитик обеспечил пациенту достаточную поддержку в этом процессе, так что рабочий альянс укрепился. Конечно, это только установило какую-то общую почву, а именно общие вкусы в отношении ботинок. Теперь аналитику предстояла задача работать с пациентом, чтобы развить достигнутое на других уровнях и вывести больного из фетиша. Такой тугой «башмак» можно преодолеть, только если человек одной ногой уже стоит где-то на иной почве.

6.3 Семья пациента

Как мы уже объясняли в первом томе (разд. 6.5), аналитик должен действовать в отношении семьи пациента в соответствии с медицинской этикой, которая требует сохранения осторожности. Мягко говоря, аналитик должен действовать с наибольшей пользой для пациента. Целью каждого курса психоаналитической терапии является достижение пациентом автономии. Поскольку это само собой ведет к столкновению с уже установившимися связями пациента, последствия психоанализа всегда значительны для каждого из супругов и для пары в целом (Freud, 1912e). В исключительных обстоятельствах, то есть если

имеет место психическое заболевание или серьезная угроза самоубийства, аналитику не представляется проблематичной — с юридической или медицинской точек зрения — необходимость поддерживать связь с семьей пациента и делать доступными для всех принимаемые им решения. Однако существуют косвенные способы, с помощью которых пациент и аналитик могут привлекать или исключать участие отсутствующих третьих сторон.

Прежде чем мы обратимся к некоторым типичным проблемам, нам бы хотелось описать курсы лечения, которые привели ко всеобщему удовлетворению. Существует несколько причин для того, чтобы начать именно с этого. И одна, весьма важная, заключается в том, что в течение последних десятилетий очень мало осознавался факт, что улучшение состояния больного неврозом и психосоматическим заболеванием или его излечение представляют собой процесс, если взять его в целом, который доставляет всем его участникам и всем, кого он касается, гораздо больше приятных, чем тревожных, моментов. В связи с этим, рассматривая наш опыт со времен первых публикаций двадцатилетней давности (B.Thomä, H.Thomä, 1968), можно отметить, что одной из характерных черт тех курсов терапии, которые в целом свободны от осложнений в отношениях с семьями, является то, что изменения, которые переживает пациент, расширяют и обогащают *жизнь всей семьи*. Важной предпосылкой к этому должна стать надежная основа отношений в семье, а она подвергается испытанию невротическими симптомами одного из партнеров. В иных ситуациях, например если партнерство с самого начала развивалось на основе невротических связей или поддерживалось ими, изменения невротического равновесия ведут к значительным осложнениям. Партнер, который не участвует в терапии, естественно, реагирует отрицательно, страдая, например, от того, что близкий человек рядом с ним, который прежде был очень к нему привязан, становится более автономным и освобождается от невротической зависимости.

Рассмотрим более подробно курсы лечения, которые свободны от осложнений, начав с верного, с нашей точки зрения, положения, а именно с «психологии трех персон», разработанной Балинтом. В реальной психоаналитической ситуации эта триада сокращается до диады, которую нам хотелось бы назвать «триада минус один». Тот факт, что третье лицо присутствует только в мыслях участников, а не в действительности, имеет далеко идущие последствия. Разрешение возникающих диадических и триадических конфликтов зависит от всех трех партнеров. Стараясь лучше соблюсти интересы пациента, аналитик вполне имеет право прислушаться к супругу — если воспользоваться подходящим названием статьи Ноймαнна (Neumann, 1987). Эти рекомендации не направлены на то, чтобы отвлечь

аналитика от ответственности, которая вытекает из его ясно очерченной терапевтической задачи. Прислушаться к супругу пациента означает для нас прежде всего применить наши психоаналитические знания о триадических (эдиповых) и диадических (мать—дитя) конфликтах таким образом, чтобы отдельный пациент достиг автономии, совместимой со счастливым партнерством. Цель достижения постэдиповых гетеросексуальных отношений — это ведущая утопическая фантазия, возможно отражающая глубинное человеческое стремление, которое, очевидно, представлено психоаналитической парой. Это — объект зависти и ревности, привносимый извне. С другой стороны, аналитик также должен осознавать эти голоса вне терапии именно в момент развития переноса, хотя он слышит их обычно только из уст пациента. Именно поэтому члены семьи пациента часто считают, что аналитик не может представить себе точную картину того, чем является пациент в действительности и как он действует на самом деле. Это ведет к появлению напряженности, которую, однако, можно ослабить или рассеять. Каждый из трех участников может внести сюда свой вклад, и типология затруднений зависит от отношения и поведения каждого партнера и их взаимодействия. Поскольку мы уже описали такие типичные признаки в первом томе (разд. 6.5), теперь лишь приведем пример того, как может быть вовлечен супруг.

Наша откровенность по поводу того, какое воздействие может оказать анализ на супруга, требует от нас особого внимания к тому, например, не используют ли пациенты своих супругов в качестве объектов отрицательного переноса. Если аналитик уделяет внимание характеру переноса, анализу меньше грозят осложнения и члены семьи реже выражают желание увидеться с аналитиком. Из терапевтических соображений мы предпочитаем, чтобы пациент сам предоставлял своему супругу достаточную информацию, чтобы тот не настаивал на необходимости разговора с аналитиком. Если пациент полностью исключает супруга из своего аналитического опыта, это должно вызывать тревогу. Поэтому мы не поощряем, когда аналитики рекомендуют в качестве части основного правила не обсуждать ни с кем другим ход анализа. Такая рекомендация, которую некоторые аналитики даже включают в качестве требования, приводит только к ненужному стрессу и, во всяком случае, никогда полностью не выполняется. Для аналитика тем более важно обращать внимание на то, что́ пациенты говорят другим относительно своих ощущений во время анализа или комментариев аналитика. Мазохистский компонент многих невротических расстройств, включая тенденцию пациентов наносить себе бессознательно мотивированный ущерб, является еще одной причиной, чтобы обращать серьезное внимание на то, как пациенты допускают или исключают участие супругов.

Случай возможного самоубийства

В анализе Мартина Y, который страдал от компульсивных симптомов, присутствовала явная опасность самоубийства, которая была по своей природе ситуационной, в данном случае — ограниченной супружескими конфликтами, которые вряд ли когда выходили наружу. В результате равновесия, установившегося в этом браке, каждый из супругов избегал эмоционального взаимодействия друг с другом. В типичном обращении агрессии против самого себя пациент все чаще думал о самоубийстве, держал это в секрете от жены. Анализируя перенос, я был не в состоянии интерпретировать такое развитие. Паттерны взаимодействия, которые пациент приобрел с детства, повторялись в его пятилетнем супружестве. Жена частично заняла место его матери, и пациент замкнулся в злобной пассивности, как это было и до его женитьбы; она не имела никакого представления, что его симптомы как раз усиливались из-за ее миротворческого поведения, из-за того, что она избегала настаивать на прояснении расхождений. Приближающийся летний перерыв в лечении несколько беспокоил меня, я опасался, что без лечения невысказанная напряженность между супругами усилится и это может иметь следствием опасность самоубийства. В такой ситуации я предложил, чтобы мы встретились втроем. Пациент почувствовал облегчение; оказалось, что жена уже хотела обратиться ко мне по поводу замкнутости своего супруга, но считала, что не должна вмешиваться в анализ.

Чтобы прояснить супружеские конфликты, которые усиливали симптомы пациента, я, прежде чем перейти к трехсторонней встрече, сначала дам описание нескольких особенно серьезных черт личности пациента, которые явились определяющими факторами, лежащими в основе его симптомов поведения и в семье и в обществе. Начиная со времен школы Мартин Y старался вести себя как можно более сдержанно и считал, что поэтому выглядит холодным, высокомерным и смешным. Он вел ограниченную и замкнутую жизнь, как будто жил в клетке. Он помнил, что в детстве часто повторял: «Так жить нельзя». Другой заметной чертой его характера было то, что он оживлялся, только когда другие приходили в возбуждение. Обычно это касалось ситуаций, в которых присутствовала опасность для жизни. Больше всего ему бы хотелось бросить все, убежать, взять рюкзак, уехать в чужую страну с риском для собственной жизни. Используя все, что могло этому помешать, жена на сей раз справилась с его наваждением. Но тогда он стал думать о других способах со всем покончить. На работе, где Мартин Y был примером организованности и сознательности, он теперь делал

грубые ошибки, намеренно вредил делу. По его словам, хотел, чтобы его уволили.

В первые месяцы лечения Мартин Y попал в автомобильную катастрофу, пропускал сеансы, опаздывал. Если он видел, что я беспокоюсь, он становился ровнее. Он описывал, как вырос в окружении, лишенном эмоций. Его родители вели замкнутый образ жизни после смерти его младшей сестры, и в течение многих лет он чувствовал, что его обвиняют в ее смерти. У него не было никакой возможности прояснить что-то, откровенно поговорить с родителями, сознание собственной виновности усиливалось — ведь ко всему прочему он однажды перевернул коляску. Позже он узнал, что сестренка умерла от врожденного порока сердца. И поскольку в день ее похорон он бросился в восторге к своему приехавшему издалека дяде, которого очень любил, отец отшлепал его, после чего Мартин какое-то время заикался.

Он плакал и чувствовал некоторое освобождение благодаря возможности вспомнить все и говорить об этом. Его привязанность к своей подавленной агрессивности становилась ясной из таких фраз: «Я хотел только вдыхать, потому что боялся, что что-то злое выйдет при выдохе». Он сумел упомянуть об одной из самых пугающих его мыслей, которая долгое время заставляла его воздерживаться от сексуальных контактов с женой, а именно о страхе, что он может таким образом нанести ей непоправимый вред. Утешение со стороны жены помогло ему многое преодолеть. Он описывал ее бесконечное терпение, ее надежду, что в конце концов все образуется.

У пациента уменьшилось количество компульсивных идей, тревог и импульсов. Я приписывал это улучшение тому факту, что ему стали яснее истоки его чувства вины. Агрессивные импульсы подавлялись после рождения и смерти его тяжелобольной сестры. Как высказанное, так и воображаемое чувство вины, отделенное от опыта, связанного с сестрой, привело его к ожиданию наказания. Это ожидание вновь и вновь проявлялось в его жизни, мучая его, но оставаясь для него непонятным. Это было результатом его бессознательного чувства вины, такого, каким его описал Фрейд (Freud, 1916d) для некоторых характерных типов.

Однажды в воскресенье, как раз незадолго до летнего перерыва, Мартин Y остался в постели на целый день. Он говорил, что жены не было дома и что он дремал. Постепенно он признал, что строил планы самоубийства. Однако он всегда заходил в тупик, так как не знал, следует ли ему сначала развестись и затем покончить с жизнью или просто сделать последнее. Жена была в шоке, когда вечером пришла домой, но сумела быстро восстановить свое равновесие, отвлечься и успокоиться. Супру-

ги смогли как-то все вновь восстановить, хотя даже после этих мучительных часов не наступило ясности.

Именно после этого события мы договорились о встрече. Жена Мартина Y сказала, что ее муж становится все более тихим. Часто она не знала, что делать. Когда задавала ему вопрос, он ей не отвечал; он просто оставлял его без ответа. Она не в силах была понять, как он мог совершенно забросить работу и выглядеть при этом вполне довольным. Она объяснила, что на самом деле он весьма совестливый, как и она.

Я сказал, что нам теперь необходимо прояснить ситуацию, которая непонятна каждому из них, и исследовать, почему он колеблется между тем, чтобы бросить работу или быть уволенным, с одной стороны, а с другой — чувствует, что должен делать все самым тщательным образом. Мартин Y, который до этого сидел молча, вдруг оживился и сказал, что в самом деле необходимо найти новое решение. Он заявил, что все прояснится, как только он бросит свою профессию и займется чем-то другим. Жена начала немедленно отговаривать его от этой мысли, которая приносила ему облегчение. Она напомнила ему о друзьях, которые ушли, и к какой катастрофе это привело и потребовала, чтобы он поговорил с ними и выяснил все сам. Она пожаловалась, что просто в отчаянии оттого, что он отказывается следовать ее совету: он никогда не станет ее слушать. Она заплакала.

Пациент уныло сидел в своем кресле отвернувшись, его лицо ничего не выражало. Через некоторое время он сказал, что то, что она говорит, смешно и что она не должна указывать ему, что делать. Должен сделать, должен сказать... Иногда она способна даже стукнуть его под столом, чтобы как следует привести в чувство.

Холодный тон, каким он произносил эти обвинения, возможно, еще больше расстроил его жену, побудив к новым жалобам. Она сказала, что именно таким образом обстояли дела в доме его родителей. Там он тоже ничего не говорил; особенно это касалось матери, он просто не отвечал на ее вопросы. Тогда *она* отвечала на них, жалея ее. Он вновь страшно рассердился, сказав, что, когда она начинает так себя вести, он ничего не может сделать. Будет то же самое, как тогда на экскурсии, когда она постоянно говорила: «Посмотри сюда, разве ты не видишь... там... и там... как красиво!» В конце концов, у него тоже есть глаза. Затем они оба рассмеялись.

В этот менее напряженный момент я сделал вывод, что и разговор наш пошел по тому же руслу. *Она* говорила, она отвечала на вопросы, она первая проявила эмоции и вынуждена была заплакать. Все выглядело так, будто *она* должна говорить, отвечать, чувствовать и плакать *за него*. Жена довольно резко

прервала меня, сказав, что нет, она не действует таким образом — просто, поскольку за это время она узнала его так хорошо, она не хочет идти по такому пути, и это даже невозможно, потому что она временами совсем не знает, что происходит у него внутри. Это правда, вздохнула она, когда муж выпалил ужасные слова. Я заметил, что это должно было ее обеспокоить, особенно когда он вновь, как совсем недавно, заговорил о самоубийстве. Вполне понятно, что тогда она так быстро реагировала и использовала все свои силы, чтобы успокоить и отвлечь его. Ну, ответила она, ей бы, разумеется, хотелось, чтобы он все говорил, вместо того чтобы молчать. Конечно, ему было бы полезно побольше говорить о том, чтó он думает. Она добавила, что недавно он и в самом деле доставил ей удовольствие. Он разбудил ее утром, говоря: «Давай вставай! Мы не можем опаздывать!» Он был так решительно настроен и настолько взял на себя всю инициативу — и при этом не казался грубым. Она сказала, что вовсе не желает всегда быть ведущей, принимать за него решения по всем вопросам, включая вопрос о том, что ему надеть. Пациент разволновался и прервал ее, сказав нам, что сам знает, что ему надевать. Тогда *она* прервала его, утверждая, что он действует, как его мать; если кто-то говорил ей: «Надень новое платье, ты в нем хорошо выглядишь», она начинала искать причины, чтобы этого не сделать, — и то не так и это не этак, и в конце концов она покупала совершенно другое платье, слишком теплое и слишком дорогое. Ее муж никогда не скажет, хорошо ли она выглядит в этом платье. Это ничего не решит. То же самое с едой. Хотя каждый знает точно, чтó хотел бы съесть, они могут продолжать в таком духе до бесконечности. Никто не скажет о своем предпочтении. Это рассердило пациента. Он заявил, что вот так всегда и бывает. Его жена слишком быстро принимает решения. Вопрос же заключается не в том, чтобы не принимать в расчет других, а в том, чтобы учесть их нерешительность. Он спросил, не может ли она попытаться понять причины и его поведения. Мы продолжали обсуждать эту тему в отношении других повседневных примеров.

Впервые за долгое время супружеская пара имела возможность открыто говорить друг с другом и задуматься о своих разочарованиях. Каждый из них обещал попробовать во время отпуска разорвать этот порочный круг, когда они ничего не говорят между собой, позволяя другому играть свою роль, и уходят в себя, испытывая гнев и чувство взаимного непонимания.

После перерыва на отпуск пациент сказал, что наш разговор дал им возможность с большим желанием открыто принять разногласия. Был и еще один результат: пациент воспринял мое поведение как то, что я принял сторону жены, поскольку выказал такое понимание ее беспокойства, вместо того чтобы помочь

ему прояснить *его* беспокойство. В переносе я защищал его сестру, инвалида, и отрицательный перенос, связанный с отношением к матери, начал играть свою роль в терапии. Как часто его мать и сестра выступали против него! У пациента появилась возможность выразить свое возмущение и почувствовать свою агрессивность. Впоследствии пациент стал чувствовать себя менее изолированным, и опасность самоубийства уменьшилась. Удалось отчасти освободить отношения этой пары от деятельного самовыражения пациента.

6.4 Оплата третьей стороной

Под этим же самым заголовком мы описали в первом томе (разд. 6.6) общие затруднения, которые вытекают из оплаты третьей стороной, и особенно принципы, по которым немецкая программа принудительного медицинского страхования покрывает расходы на аналитическую психотерапию. За это время подобные же принципы были приняты в Германии частными компаниями медицинского страхования и государством в его выплатах на медицинские расходы государственным служащим. Так что теперь аналитику в Германии необходимо представлять просьбу об оплате практически на всех своих пациентов соответствующему страховому учреждению или правительственному органу; затем эти обращения рассматриваются наблюдателями с точки зрения показаний для психодинамической или аналитической психотерапии. Правила обязательной медицинской страховки (последняя версия от мая 1990 года) отличаются, однако, от политики государственных субсидий в отношении длительности лечения. Существуют различия и между всевозможными частными страховыми организациями. Вопрос об оплате третьей стороной начинает привлекать все большее внимание и в других странах (Krueger, 1986).

Немецкие психоаналитики теперь должны заполнять обращения, оправдывая свой терапевтический подход в соответствии с принципами этиологической теории психоанализа. В этих обращениях терапевт должен разъяснить наблюдающему аналитику, что рекомендуемое лечение может привести к облегчению, улучшению состояния или излечению невротического или психосоматического заболевания пациента или что оно будет способствовать его реабилитации. Он должен оценить шансы возможных перемен, то есть сделать прогноз. Цель этих обращений, которые представляются наблюдающему аналитику, чтобы тот их одобрил или *рекомендовал* продолжение аналитической психотерапии организации по медицинскому страхованию, сходна с целями конференций, разбирающих диагнозы. Должно

быть показано, что психодинамические объяснения соответствуют терапевтическим действиям. Другая цель заключается в том, чтобы показать, как пациент реагирует на ход лечения, то есть описать изменения в симптомах в контексте переноса и сопротивления. Правила четко заявляют, что регрессию следует оценивать с точки зрения ее терапевтической пользы; соответствующий отрывок ныне действующих правил звучит следующим образом:

Аналитическая терапия относится к тем формам терапии, которые занимаются материалом невротических конфликтов и лежащей в их основе невротической структурой пациента, вместе с невротическими симптомами, и в процессе которых терапевтическая деятельность начинается и продвигается с помощью анализа переноса, контрпереноса, сопротивления и регрессивных процессов.

Из этого отрывка ясно, что правила ориентированы на теорию терапии, основанную на эгопсихологии. Обращения по поводу продолжения оплаты не вызывают никаких проблем, пока «регрессия в деятельности Эго» необходима для овладения психическими конфликтами и ведет к изменению симптомов. Однако многие аналитики испытывают трудности в обосновании обращений за продолжением лечения в той манере, которой требовал Фрейд для углубленного анализа. Это имеет отношение к тем случаям, когда длительность терапии превышает обычную; в таких случаях Фрейд связывал терапевтические и этиологические соображения и оправдывал различные сроки лечения, ссылаясь на тот факт, что, хотя некоторые проблемы и симптомы встречаются поздно в развитии индивида, они могут быть разрешены терапевтически, когда найдены их причины, лежащие в более глубоких слоях психического развития. Именно в этом смысле требуют объяснений правила оплаты аналитической психотерапии. Регрессия сама по себе не согласуется ни с этиологическими принципами, ни с терапевтическими принципами Фрейда. Именно в этой связи Барангер и др. (Baranger et al., 1983, p. 6) говорили о распространенном предрассудке, выдвигая положение, что ретроспективное приписывание — один из важнейших факторов в теории Фрейда — попало в число ее жертв (см. разд. 3.3). Тот факт, что «причина» приобретает свою причинную силу лишь много позже и под воздействием последующих событий, делает теории, рассматривающие причину более поздних психических и психосоматических симптомов в более ранних стадиях развития, сомнительными. Барангер и др. направляли свою критику в особенности против теории М. Кляйн. Такое полное пренебрежение причинным значением последующих событий связано с широко распространенной тенденцией рассматривать «регрессию... *саму по себе* как значительный терапевтический фактор». Аналитик, придерживающий-

ся такого понимания терапии, пытается достичь все более глубоких уровней регрессии и поощрять пациента вновь пережить его первый травматический опыт как можно раньше. Барангер и др. упоминают об иллюзии, которой постоянно противоречила практика, что достижение архаичных ситуаций — либо с помощью лекарств, либо систематическим поощрением аналитической регрессии — достаточно для достижения прогресса. Они упоминали о следующих примерах таких переживаний: повторное возникновение начального симбиоза с матерью, травма рождения, примитивные отношения с отцом, параноидно-шизоидная и депрессивная позиции грудного ребенка и выявление «психотических клеток». Они определенно подчеркивали, «что переживание вновь травмы бесполезно, если оно не сопровождается проработкой, если травма не реинтегрируется в ход истории, если первоначальные травматические ситуации жизни субъекта не дифференцируются от исторического мифа об их происхождении» (Baranger et al., p. 6).

Медицинская и научная ответственность диктует, чтобы регрессия во время анализа, то есть отягощенная сопротивлением и переносом, рассматривалась с точки зрения перспективы *овладения* конфликтами. По нашему мнению, этому должна быть подчинена и концепция проработки, потому что иначе создаются иллюзорные надежды и, при некоторых условиях, ятрогенно создается зависимость, простирающаяся до злокачественной регрессии. На основе нашего опыта в качестве наблюдателей мы можем сказать, что частным признаком такого развития событий являются вызывающие тревогу утверждения в заявках на продолжение лечения сверх 160 или 240 сеансов, что прерывание лечения может привести к опасности рецидива или даже самоубийства. Не желая оспаривать, что такие ситуации возможны, даже если анализ проводится правильно, мы хотели бы подытожить суть нашего опыта в качестве как практикующих аналитиков, так и наблюдателей. Для терапии решающее значение имеет предотвращение *злокачественной* регрессии. По нашему мнению, эгопсихологическое понимание регрессии означает, что наилучшие условия при аналитическом интервью создаются для того, чтобы помочь пациенту справиться со своими конфликтами. Это включает формирование у него реалистической оценки собственной жизни. Чтобы ограничить злокачественные регрессии, мы рекомендуем аналитику при анализе переноса и сопротивления не упускать из виду экономические факторы — важный элемент связи с реальностью. В этом смысле предотвращению злокачественной регрессии может способствовать ограничение действий, с которыми пациент хорошо знаком. С другой стороны, на некоторых серьезно больных пациентов ограничения оказывают такое давление, что невротиче-

ские тревоги возрастают. В нашей практике нам всегда удавалось вполне удовлетворительно решать возникающие проблемы. Поэтому как наблюдатели мы часто испытывали ощущение, что тревожные заявления по поводу того, что может произойти, если будет прервано лечение в рамках, установленных правилами, не соответствуют психодинамическим объяснениям этих условий в соответствии с логически понятными причинными и прогностическими критериями.

Процедура подачи заявки

Мы выбрали нижеследующий пример по ряду причин. «Отчет», представленный наблюдателю врачом, проводившим анализ, для подтверждения того, что лечение проводилось в соответствии с правилами страхового финансирования, а также просьба продлить оплату были представлены до того, как мы решили написать эту книгу или включить в нее описание типичного примера заявки на оплату лечения сверх обычной длительности. Таким образом, заявки не были специально подделаны для этой цели, и их размер волей обстоятельств не является типичным для подобных бумаг. Эта заявка на продолжение финансовой поддержки является такой исчерпывающей, потому что аналитик, ее заполнявший, использовал записи, сделанные на семинаре по аналитической технике. Однако для нас ее необычный размер представляет определенную пользу, потому что позволяет читателю ориентироваться в деталях хода анализа.

В этом случае аналитику вполне удалось объяснить, почему лечение сверх положенного оплачиваемого срока оправданно этиологически и с точки зрения пользы, экономии и необходимости. В конечном итоге это позволяет нам продемонстрировать особенно ясно, какое влияние оказывает процесс наблюдения на аналитический процесс, то есть на перенос и сопротивление, о чем мы расскажем в специальном разделе (6.5). Данный пример позволяет нам также сэкономить место и избежать повторов, потому что закодированная история болезни, которая подробно представлена под пунктом 4 заявки, дается в разделе 8.2.1. Здесь мы можем избежать ответов на вопросы по поводу информации, которую спонтанно предоставляет пациент, так как несколько примеров симптомов, на которые жаловался Артур Y, можно найти в других пунктах этого текста, руководствуясь индексом пациентов. Более того, очень важно как можно точнее буквально воспроизвести спонтанные замечания пациента, поскольку его жалобы позволяют наблюдателю оценить его страдания и соотнести их с другими пунктами, особенно с психодинамическим объяснением болезни.

Формы оплаты третьей стороной детально описаны в первом томе. Коротко говоря, пациент, который подлежит одному из видов принудительного медицинского страхования, не платит аналитику непосредственно и не получает счета. Оплата каждого сеанса регулируется, и, более того, врачу и больному запрещено заключать какие-то финансовые соглашения. Ситуация меняется, если речь идет о небольшой группе пациентов, имеющих добровольную медицинскую страховку, но желающих выступать в качестве частного пациента. Тогда допустимо, чтобы врач и больной обсуждали вопрос о размере платы, и пациент должен обращаться сам к своей страховой компании по поводу возмещения его расходов. Таким образом, здесь аналитик не представляет договорной стороны врачебной ассоциации или организации медицинского страхования. Но даже в этом случае он должен заполнить заявку на оплату, в которой следует отметить, что показания и серьезность заболевания соответствуют правилам, то есть что имеет место «болезнь», как это определено страховой системой. Анализ личных проблем, к примеру, не покрывается медицинской страховкой.

Артур Y был добровольным членом общественной системы медицинского страхования, но для оплаты гонорара привлек еще и дополнительный страховой полис. Он считался частным пациентом, и гонорар был согласован. Первоначально плата была 138 марок за сеанс, что полностью оплачивалось двумя страховыми компаниями, которые финансировали лечение до тех пор, пока была возможность надежно определять серьезность болезненных симптомов. После того как общественная страховая организация прекратила оплату, Артур Y сам оплатил 120 сеансов, теперь уже по 90 марок за сеанс. К этому времени анализ в основном помог его личностному развитию и способствовал обогащению его личной жизни. Хотя не существует четкого перехода от индивидуальных жизненных затруднений вообще к симптомам серьезного заболевания, все же между ними можно установить границу. Однако даже с точки зрения психоанализа самым важным является то, чтобы пациент научился понимать, какую роль он играет в том, как он живет и какое влияние он оказывает на свои симптомы.

Как уже упоминалось, общественная страховая компания заплатила больше чем за 300 регулярных сеансов анализа Артура Y. Поэтому мы можем воспользоваться этим случаем, чтобы ознакомить читателей с аргументами, общие основания для которых мы обрисовали в первом томе (разд. 6.6). Более того, нам повезло, что Артур Y принадлежит к той малочисленной группе пациентов, которые хотят прочитать отчет аналитика. В первом томе (разд. 6.6.2) мы рекомендовали, чтобы заявки писались таким образом, чтобы пациенты могли их прочесть и понять. Хотя

при некоторых обстоятельствах можно отказать пациенту в знакомстве с его историей болезни (Tölle, 1983; Pribilla, 1980), отказ в таком доступе пациенту, находящемуся в анализе, может привести к исключительным трудностям. Юридически эти отчеты не считаются собственностью аналитика, хотя с точки зрения контрпереноса являются весьма личными по своему характеру. Однако, каков бы ни был случай, мы еще раз подчеркиваем наши рекомендации и приводим следующий пример. Аналитик согласился удовлетворить просьбу Артура Y (выраженную несколько позднее) прочитать заявку на повторное продолжение лечения. Между прочим, в то время, когда писался этот отчет, не принималось во внимание, что такое вообще или в данном конкретном случае может произойти. Удивительно, как мало пациентов выражают желание прочесть касающиеся их отчеты. Артур Y читал заявку в приемной спустя довольно длительное время после того, как она была удовлетворена. Он хотел выяснить, не договорился ли аналитик о чем-нибудь с наблюдателем за его спиной. Терапевтические отношения укрепились после того, как пациент увидел, что заявка содержала описание его чувств. Он также выяснил, что психодинамические причины продолжения лечения соответствовали тому, что они обсуждали с аналитиком, и что они разумны. Особенно успокоило пациента, что аналитик согласился продолжать терапию после прекращения выплаты страховой компанией за гонорар, который тоже счел *разумным*.

Доклад аналитика наблюдателю основывается на заготовленной форме (PT 3a/E); пункт 6 этой формы особенно важен, так как требует описания *психодинамики невротического заболевания*. Это описание является основой, на которую опираются диагноз, план лечения и прогноз аналитической терапии, обозначенные пунктами 7, 8 и 9. Важность пункта 6 для аналитика подчеркнута заявлением: «Наблюдатель не может одобрить эту заявку, если вопрос не освещен достаточно подробно!» Каковы основные моменты, которые должны быть учтены? Что ожидается от аналитика, заполняющего заявку? Предполагается, что он должен описать причинные факторы, которые привели к развитию невротических или психосоматических симптомов. Центральными должны быть описания психических конфликтов, особенно с точки зрения их бессознательных компонентов, и последующее развитие невротических компромиссов и симптомов. Более того, аналитик должен описать и момент, когда симптомы стали проявляться, и ускоряющие факторы в контексте первоначального психогенеза.

Этим аспектом мы ограничим цитирование из описания хода лечения, которое представил аналитик в заявке. Но для большей

ясности сначала приведем описание психического состояния пациента (пункт 5а).

Артур Y пришел ко мне во время, отведенное для экстренных случаев, был очень обеспокоен и искал эмоциональной поддержки. Развился положительный перенос, который я намеренно поддержал, с тем чтобы помочь ему пережить рождественские праздники. Я прописал препарат бензодиазепин.

Комментарий. Прописав лекарство, аналитик заставил пациента почувствовать, что тот может ему доверять. Возможно, что без этого пациент не согласился бы проходить анализ. Основные вопросы, связанные с подобной ситуацией, мы рассматриваем в разделе 9.10.

Чтобы избежать привыкания, пациент принял только четыре таблетки лекарства в течение четырех недель, которые истекли до этого обращения. Состояние отчаяния, которое он испытывал, следует рассматривать как реакцию на его навязчивые симптомы. Некоторые изменения в симптомах в течение последних десяти лет можно понять в контексте соответствующих ситуаций, и из-за природы их протекания они, конечно, не могут быть прослежены до фазовой депрессии.

В первоначальной заявке было приведено следующее описание психодинамического состояния пациента:

Пациент правильно считает, что факт наличия у его брата ракового заболевания представляет собой ситуацию, усиливающую компульсивные симптомы и симптомы тревоги, которые у него были в течение многих лет. Вследствие смертельной болезни в семье активизировались старые амбивалентные чувства; он не осознавал интенсивности этих подавленных чувств, хотя они проявлялись во множестве симптомов. Пациент теряет свою способность к интеграции и боится потерять рассудок, подобно его матери. Он размышляет о самоубийстве, чтобы защитить себя и других от худших вещей, которые могут произойти.

Пациент страдает от расстройства, заключающегося в том, что он вынужден защищаться от сильных пассивных феминных тенденций. Для него характерно в целом чрезвычайно двойственное отношение к отцу. Очевидны несколько анальных фиксаций и конфликтов. Слишком рано судить о том, имеет ли значение депрессивная структура его матери. В результате чрезмерных требований, которые предъявляли ему родители, пациенту было отказано в фаллическом нарциссическом подтверждении, которое требовалось ему в эдиповой фазе. Итогом всего этого стало тяжелое нарциссическое заболевание. Призыв отца на военную службу привело к изначальному удовлетворению

эдипова желания. Конфликт пациента состоял прежде всего в том, что он принял требовательный Я-идеал от своего отца и потому должен был сильно сопротивляться своему пассивному желанию получить эмоциональную поддержку. Я предполагаю, что его сознательное беспокойство о каком-то ужасном «извращении» скорее является признаком сопротивления своим собственным пассивным тенденциям. Например, когда он гладит сына по голове, то есть когда проявляет нежность и, путем идентификации, становится тем, кого гладят, оба как бы приобретают дьявольские черты. Поглаживание идентифицируется с убийством. Всеохватывающее удовольствие содержится в многочисленных проявлениях его навязчивой тревоги: «Если бы я освободился от своей тревоги, я бы стал ужасно высокомерным».

В первоначальной заявке содержался следующий *прогноз* (пункт 9):

Несмотря на длительную историю, прогноз благоприятный — ухудшения по крайней мере не предвидится. Можно ожидать значительного улучшения, что позволит пациенту сохранить свою работоспособность. Инсайт, которого я уже добился в отношении психогенеза и в особенности в отношении хода предыдущего лечения, заставляет меня предположить возможность значительного улучшения или даже излечения, так как пациент обладает гибкостью и не является закоснелым компульсивным невротиком; к тому же нарциссические мании величия и негативный перенос явно игнорировались в ходе предыдущей аналитической терапии, и это привело к сохранению их симптомообразующей способности.

Заявка на продолжение сеансов 80 — 160

Ответы на вопросы пунктов 4 — 8 особенно важны в заявке на продолжение лечения, и на них можно дать общий ответ. Аналитик должен дать информацию о том, что́ он узнал о психодинамике невротического заболевания (вопрос 4), и дополнить соответствующим образом прогноз (вопрос 5). Особое значение придается итогу предыдущего хода лечения и оценке прогноза, включая способность пациента к регрессии, степень фиксации, гибкость и потенциал улучшения. Следующий итог взят из первой заявки на продолжение лечения.

Биографические и психогенетические связи с предшественниками невроза навязчивых состояний у пациента таковы: садомазохистские переживания в детстве — из-за того, что он иногда пачкал штаны, его сурово наказывали и мыли в большом подвале, где разделывали животных (теперь: навязчивое невротиче-

ское беспокойство по поводу красного цвета и крови, вместе с защитными ритуалами). Первое проявление навязчивых мыслей в интернате: грубый учитель, с одной стороны, гомосексуальный соблазнитель — с другой. Будучи мальчиком, он справлялся со своими идеями величия, идентифицируясь с Гитлером; его чувство бессилия и изоляции привело к идентификации с «грязными евреями». (Он ощущал себя еврейским мальчиком, потому что не отвечал идеалам своих родителей и близких.) То, что отец не вернулся с войны и позже был объявлен погибшим — а они так и не достигли примирения, — привело к сохранению двойственности отношения пациента к отцу и его идеализации. Отношения же со склонной к депрессии матерью определили всю его жизнь. Когда ему хотелось присесть и почувствовать себя довольным, он становился таким, какой была его мать в состоянии депрессии, — лишенным энергии и желания что-либо делать. Чувство вины за бессознательную ненависть к беспомощной матери усиливало его идентификацию с ней. Он был неспособен наслаждаться своими успехами. Совсем недавно он вспомнил о матери нечто позитивное; у нее была небольшая лавочка, где она была счастлива и преуспевала, но это не соответствовало критериям престижности в семье отца.

Перенос и *рабочий альянс* развивались следующим образом:

Вскоре стало ясно, что он рабски следует основному правилу, но избегает всего, к чему я предположительно или действительно чувствителен. У него было единственное воспоминание о первой консультации, которая состоялась пятнадцать лет назад: «Обратитесь в академическую больницу». Он ждал, что я произнесу нечто подобное с чешским акцентом. Профессор и исполнительный директор Гейдельбергской психосоматической больницы, эмигрант! Презрение и восхищение в одно и то же время. Страх получить оскорбление или того, что ему причинят вред, в особенности когда выяснится, к чему он в действительности чувствителен или каковы его личностные особенности, был гораздо серьезнее, чем его беспокойство по поводу своих фантазий всемогущества или бессилия, которые развивались в течение десятилетий как результат его бегства.

Я исхожу из предположения, что рост его позитивной самооценки может привести к угрозе того, что в своей идентификации с Гитлером он будет все вымещать вовне, то есть переживать как отщепленное от себя и чуждое — чуждое при описании навязчивого невротического восприятия шипящих звуков. Он связывает шипящие звуки со скрежетом ножа, вынимаемого из ножен, когда режут овцу в «возбуждающей ситуации». Впоследствии эти звуки ассоциировались с вытаскиванием ножа и в

конце концов с убийством и фантазиями об убийствах. Пациент положительно реагировал на мое заявление о проекции его всесилия и бессилия на эти звуки и на принесение в жертву овцы и подчеркнул, что эти мысли действительно дают ему возможность, во-первых, преодолеть чуждость своих мыслей и, во-вторых, научиться, хотя и неохотно, воспринимать их как часть своей личности.

Возвращаясь к использованному им сравнению, Артур Y спросил, может ли старый дуб (аналитик) принять весь яд, который он выделит в виде своих сомнений. Внося добавление к этому яркому образу, он сказал, что, естественно, не хочет отпиливать сук, на котором сидит. Затем мы поговорили о его мысли, что я могу заболеть, умереть и не буду в состоянии продолжать его лечение до конца. Для него это означало бы, что его снова оставляют в одиночестве. Мой ответ, что он вовсе не так *зависим* (то есть не похож на только что родившегося младенца, сидящего на суку, готовом вот-вот обломиться), прозвучал для него непривычно. Он был также удивлен, когда я указал ему, что он уже приобрел некоторую автономию и у него, таким образом, достаточно мускулов, чтобы удержаться, схватившись за другой сук. Он удивился, когда я сформулировал проблему: насколько он, когда остается один, винит себя за то, что перегружает меня. Я провел параллель с болезнью его сестры и особенно с хроническим заболеванием его матери, по чьей вине ему трудно быть откровенным и критичным. Он возложил на себя ответственность за самоубийство своей матери, как будто решительность, которую он однажды проявил, привела ее к такому исходу.

Артур Y надеялся, что ему будет лучше после 20 — 30 сеансов. Однако он видел, как много работы еще предстоит. Он сказал, что некоторые навязчивые действия прекратились, но что у него не будет альтернативы самоубийству, если он не выздоровеет на этот раз. Подразумевалось, что я считаю его «виновным» в задержке. Поэтому я сослался на свои предыдущие заявления по поводу терапии и подчеркнул свою *симпатию* и мою часть *ответственности*. Я интерпретировал его мысль, что я якобы остаюсь *невозмутимым*, подобно врачу в отделении интенсивной терапии, который не может позволить себе быть эмоционально вовлеченным, как выражение его желания по отношению ко мне, чтобы я оставался вечным и бессмертным объектом. Я добавил, что мысль, будто его считают виноватым, должна бы вызывать у него гнев.

Садомазохистские идеи часто симптоматично связаны с распятием и принесением Исаака в жертву Авраамом. В переносе также стало очевидным, что он охранял свою жажду любви и свое беспокойство по поводу гомосексуальности с помощью

этих религиозных образов. Нам также удалось выяснить, что одной из его проблем является тоска по отцу, которую он отстраняет из-за двойственного к нему отношения.

Заявка на продолжение лечения до 160 — 240 сеансов

Поскольку я уже представлял подробное описание истории болезни, я ограничусь в этой заявке на продолжение лечения описанием хода анализа и подведу итог некоторым важным моментам.

С терапевтической точки зрения оказалось весьма полезным, особенно с учетом прошлого опыта пациента, что я посвятил все свое внимание анализу психодинамики «здесь-и-теперь». Весьма показательны аналитические соображения по поводу изменений его симптомов в связи с процессами переноса, и эти изменения следует рассматривать как негативные терапевтические реакции. Их целью всегда является самонаказание, особенно каждый раз, когда пациент освобождается или хочет немного освободиться от подчиненности и мазохизма. Затем происходит обращение к садизму и бунту, хотя успех и действие у Артура Y бессознательно связываются с сильной тревогой по поводу агрессии и ее последствий. Эта проблема восходит к отношениям со склонной к депрессии матерью, которая ограничивала его способность к выражению. Прежде всего он идентифицировал себя с жестким Супер-Эго своих матери и бабушки. И у меня и у пациента вызвало большое удивление наше открытие, что он испытывает восхищение и страх, слушая мои интерпретации, в которых содержались слова «вожделение» и «удовлетворение». В то же самое время шаг за шагом развивалась идентификация с удовольствием, которое я обеспечивал вербально, в смысле *мутативных* (mutative) интерпретаций Стрэчи. Конечно, в этом случае становилась заметна тревога пациента по поводу близости и сексуальности, включая гомосексуальность, такую, с какой он столкнулся в своем печальном опыте с учителем. Такие две фигуры — учитель-садист и учитель-гомосексуалист — в самом деле занимали центральное место в этом случае; с ними было связано многое, и они также появлялись в переносе. Разумеется, что при такой констелляции переноса перемены в обстановке хорошо использовать в качестве повода для разбора других проблем. С усилением у пациента чувства освобождения мы перешли к обсуждению его сексуальных проблем, возникавших в отношениях с женой из-за его анальной регрессии и смешивания удовольствия с грязью. Во время предыдущих курсов терапии он воспринимал все интерпретации, относящиеся к сексуальным темам, унизительными. Очевидно, тогда эти интерпретации настолько находились в фо-

кусе внимания, что аспект самонаказания не получал достаточного освещения.

Другим важным аспектом проблемы являются усилия пациента получить хоть что-нибудь из того, что он упустил в отношениях со своими детьми. Эти процессы привели к тому, что обычно он чувствует себя зажатым и ограниченным в действиях. Например, он испытывает угрызения совести, даже если приходит домой только ненамного позже обычного.

Благоприятный ход терапии бывает заметен и в серьезном улучшении симптомов пациента, а не только в хорошей проработке вышеупомянутых. Следует подчеркнуть, что Артур Y сумел преодолеть свою зависимость от принятия каждый вечер значительной порции алкоголя без всякой специальной проработки этого вопроса. У него снизился вес на 30 фунтов, и он приобрел вполне спортивный вид. Его алкогольная зависимость развивалась в течение многих лет, даже десятилетий, так как он чувствовал, что это единственное, что позволяет ему выносить жизнь изо дня в день. Он не был в состоянии просто сидеть и не пить. Эта зависимость заставляла его чувствовать себя весьма униженно. Одной из психогенетических причин такого тихого «просиживания» являлось то, что это напоминало ему, как сидела его мать в состоянии депрессии; в течение многих лет она пребывала в пассивности, иногда даже впадая в ступор. Его значительно бóльшая свобода подчеркивалась тем фактом, что во время перерыва в лечении в течение всего этого периода у него ни разу не возникла достойная упоминания проблема сепарации и что больной вряд ли принимал седативные лекарства в мое отсутствие.

Дополнительная заявка на сеансы 240 — 300

Пациент прочитал эту заявку после того, как она была закончена. Он был удивлен, что вполне понял текст. Ему было приятно, что заявка описывала продолжение терапии так, как мы об этом договорились.

Частота сеансов увеличилась с трех до четырех посещений в неделю, по просьбе пациента, из-за интенсивности терапевтического процесса и с тем, чтобы дать ему возможность проработать бессознательные факторы, лежащие в основе симптомов. Это увеличение имело положительное влияние на ход лечения, так как теперь у нас появилась возможность немедленно заняться изменениями в его симптомах, которые происходили ad hoc и относились к переносу.

Конец позитивного развития был отмечен моим заявлением о дате моего летнего отпуска и приближающемся перерыве в лечении. Во время моего отпуска вновь появились навязчивые симптомы, принимавшие различные формы (страх нанести вред

своему сыну или другому члену семьи, представление о сыне как о дьяволе, навязчивая необходимость прислушиваться к шипящим звукам своей собственной речи, испытывая при этом страдания). К сожалению, лишь позднее появилась возможность признать и потому проработать весь психодинамический контекст. Когда пациент испытывал агрессивные импульсы, он бессознательно ощущал себя дьяволом и пытался избавиться от последнего в лице своего сына, вследствие чего развивались его симптомы. Эти слова в переносе стали ключевыми, и тем самым можно продемонстрировать тематическую работу. Сам факт, что из-за моего летнего отпуска пациент считал меня невнимательным, являлся признаком его собственной невнимательности. Пациент все более осознавал, что невнимательность к другим и деспотичность являются его собственными фантазиями о силе и всевластии, — и его симптомы отступали в степени, соответствующей этому осознанию. Естественно, с этим были связаны и более ранние навязчивые невротические акты контроля, с помощью которых он мог устанавливать какое-то равновесие. С помощью выражения «дьявольские штучки», которое пациент любил употреблять во время наших разговоров, он осознавал свои бессознательные трюки, скрытость своих анальных пристрастий и удовольствие, которое получал от интриг. Он видел их через увеличительное стекло, и, соответственно, его наказание и самонаказание принимали строгие формы. Чем сильнее проявлялась его жажда жизни, тем сильнее в отдельные моменты проявлялся его мазохизм. Стало ясным, что был только *один* период времени, когда он чувствовал себя действительно счастливым, а именно во время отпуска, — но удачно он проходил только после длительной подготовки. Именно во время отпуска он мог получать удовольствие «ради своего здоровья». Потому, когда однажды он сказал, что не сможет поехать в отпуск, так как жена нанесла слишком большой урон их банковскому счету по какой-то якобы бессмысленной причине, это выглядело очень серьезно. По контрасту я превратился в состоятельного, даже необычайно богатого «короля», который может делать все, что захочет. Пациент же ощутил себя маленьким, преувеличил легкомыслие своей жены и не принял во внимание свои тайные финансовые резервы. В анализ включились скупость и зависть. Особенно впечатляло немедленное улучшение в симптомах пациента, которое произошло после очень сильного аффективного переживания инсайта. Это обнадеживает его самого, и, хотя он заметно сломлен вновь проявившимися симптомами, совершенно очевидно, что имеет место спираль прогресса.

Несмотря на серьезность симптомов, *прогноз* благоприятен, поскольку пациент шаг за шагом прорабатывает свои проблемы и освобождается от них.

Дополнительная заявка на сеансы 300 — 360

Эта заявка на дополнительные сеансы, которая выходит за рамки, предписанные правилами, позволила наблюдателю дать положительную рекомендацию. Одна из обязанностей наблюдателя состоит в интерпретировании правил таким образом, чтобы их можно было применять в каждом отдельном случае. В своей заявке аналитик написал:

Исключение может быть сделано, во-первых, ввиду весьма серьезного набора симптомов, на которые, во-вторых, оказалось возможным положительно воздействовать в ходе предшествующей терапии, и, в-третьих, можно ожидать дальнейших улучшений или даже достичь излечения, если анализ будет продолжен. Этот оптимизм оправдан, так как психодинамическое объяснение, приведенное ниже, не только предоставляет соответствующее толкование все еще существующих симптомов, но также ясно показывает, что пациент делает интенсивные усилия, чтобы преодолеть свое сопротивление. Он очень хорошо сотрудничает в интеграции прежде расщепленных компонентов своей личности. Мой прогноз основывается на соглашении с пациентом о том, что после того, как страховая компания перестанет оплачивать продолжение лечения, он готов его финансировать из своих собственных ресурсов и что я существенно снижу свой гонорар. Мы уже договорились об этом. Я полагаю, что дальнейшая оплата оправданна с социальной точки зрения, так как пациент, безусловно, будет нуждаться в большем времени, чтобы достичь успехов в интеграции бессознательных компонентов своего Эго, которые все еще проявляются в симптомах, потому что они расщеплены.

Теперь я обращусь к центральному аспекту, который был проработан в предыдущий период лечения.

В начале курса терапии пациент подчеркивал, что сексуальная сфера — единственная, где у него нет никаких проблем. Теперь у него уже был важный инсайт, который, безусловно, приведет к дальнейшим существенным переменам. Позвольте мне добавить, что, хотя я никогда не разделял этой точки зрения пациента, я был очень сдержан в выражении этого. Мое предположение состояло в том, что из-за связи анальности и сексуальности любой активный шаг в этом направлении заставил бы пациента почувствовать себя униженным и представил бы всего лишь повторение того, к чему он уже привык, а именно — что его тыкали носом в его собственные фекалии. Вследствие этого сексуальность стала ассоциироваться с наказанием и унижением. После того как он обеспечил себе достаточное самоуважение в наших бесчисленных битвах в переносе, он рискнул прорваться сквозь самонаказание и круг палачей, с которыми

прежде идентифицировался в борьбе с жаждой жизни и умением наслаждаться. Он обнаружил, что, подчиняя себя садистской фигуре в детстве, он пытался при помощи своих страхов и навязчивых симптомов уничтожить всякое удовольствие и сексуальность. Результатом было убийство и разрушение посредством подчинения всемогущему Богу и его представителям на земле (Гитлер, священники, негодяи СС и т.д.), кому он предлагал себя в качестве объекта любви.

Глубинные параметры этой идентификации можно было видеть даже в безобидных страхах и симптомах, которые исчезли после того, как он идентифицировался со мной в форме дружелюбной отцовской фигуры.

Вряд ли необходимо упоминать, что этому пациенту свойственна глубинная тревога из-за собственной агрессии, направленной против символов власти. Процесс реструктурирования дал ему возможность с большей терпимостью отнестись ко всем своим как либидозным, так и агрессивным импульсам. Особенно упорным является один симптом, а именно его чрезмерная сенситивность по отношению к шипящим звукам, когда из-за бессознательных процессов повышается уровень его тревожности.

На основании такого психодинамического объяснения я прошу, чтобы было сделано исключение и одобрено еще 60 дополнительных сеансов лечения.

Лечение было продолжено после окончания оплаты третьей стороной и уменьшения гонорара. Пациент и аналитик придерживались одного мнения, что основной целью анализа было теперь преодоление общих встречающихся в его жизни проблем, которые все труднее было квалифицировать как проявление болезни. Сравнительно редкие сеансы, за которые Артур Y платил сам 90 марок, стабилизировали его самоуважение. Вывод об успешности анализа основывался на нескольких критериях. Решающим, по нашему мнению, является то, что излечение симптомов можно приписать психоаналитическому процессу, что позволяет предположить, что произошли глубокие структурные изменения. Мы рекомендуем читателю проследить этот процесс, изучив отрывки из анализа Артура Y, приведенные в этой книге (см. индекс пациентов).

6.5 Наблюдение и перенос

Все действия аналитика должны рассматриваться с точки зрения их влияния на отношения и перенос. Вопрос, выписывает ли аналитик рецепт или нет, готовит медицинское свидетельство

или нет, — все оказывает влияние на отношения между пациентом и аналитиком.

То, каким образом аналитик провел дело с медицинским свидетельством в контексте существенного ухудшения симптомов Артура Y, стало фокусом проработки негативного переноса. Эта тема заняла несколько сеансов; подобные ситуации возникали несколько раз в ходе анализа.

Артур Y был добровольным членом общественной системы медицинского страхования, и одновременно с ним обращались как с частным пациентом. Несколько лет назад он приобрел дополнительный полис, чтобы обеспечить полное покрытие расходов. Эта последняя страховая фирма сообщила ему, что амбулаторное лечение ею не покрывается, но согласилась рассмотреть вопрос о некотором возмещении, если имеет место болезнь и если врач, проводящий лечение, подготовит подробное заявление в поддержку психоаналитической терапии, в особенности обосновав ее необходимость, стоимость и полезность.

Ниже мы приводим два отрывка из сеансов на эту тему.

П: Да, вы всегда возвращаетесь к теме страховки и свидетельства, которое я должен получить у вас. У меня такое чувство, что вы считаете, что я не должен все взваливать на вас и обязан отдавать себе отчет в реальном положении дел.

А: Нет. Я думал не о какой-то реальности, но о разочарованиях. Вы уже около недели ждете свидетельства.

П: У меня такое чувство, что вы специально задерживаете его, потому что я еще недостаточно сказал о нем.

А: Это не так. Но вы видите, что, очевидно, это очень важный момент.

П: Я поражен, что вы считаете это дело со страховой компанией более важным, чем я, хотя касается оно непосредственно меня. Я полагаю, возмутительно со стороны компании лишать меня того, что мне причитается.

А: А теперь у вас появилась мысль, что я тоже лишаю вас чего-то, чтобы рассердить.

П: И да и нет.

А: Хм.

П: Чтобы побудить меня сказать об этом побольше.

А: Но у вас ощущение, что сами вы ничего больше сделать не можете, а я говорил о чувстве, как это прекрасно, если кто-то все может организовать для вас.

П: Одно лицо.

А: По возможности кто-то посильней. Было бы смешно, если бы этого чувства не было.

П: Да.

А: Есть ли у вас такое желание сейчас?

П: Естественно.

А: Такое желание может привести человека к тому, что он не будет полностью использовать свои способности. Я заставил вас осознать это, и, возможно, вы теперь полагаете, что я вообще не готов сделать все это для вас. Стремление, разочарование или отвержение?

П: Конечно, если вы находитесь в такой же форме, в какой нахожусь я, тогда у вас появляется огромное желание, чтобы пришел кто-то и все прояснил.

А: Да-да, и не только в этом деле со страховой компанией, но и во всех тревогах и во всем другом, конечно.

П: Тут есть некоторая опасность того, что мои собственные способности не будут развиваться, — это мне ясно.

А: Это, возможно, связано с тем фактом, что вы остерегаетесь сказать: «Как это скверно с его стороны заставлять меня ждать столько времени, прежде чем выдать мне свидетельство».

П: Да, действительно, у меня было чувство, что вы его мне не выдадите, пока я вас каким-то образом не подтолкну.

А: Итак, с одной стороны, вы переживали это как отвержение, но не рассердились на меня или на страховую компанию. Вы не рассердились, только ваши тревоги и мысли стали сердитыми.

П: Безусловно, когда я думаю об этом таким образом, вполне логично спросить, составлено ли свидетельство и могу ли я его взять с собой. Совершенно ясно.

Пациент прервал длительный период молчания, сказав, что мысли его ускользнули, перешли на его конфликт с начальником.

Мои колебания относительно того, чтобы немедленно дать ему заключение, заставили его переменить тему. Однако позднее мы вернулись к тому же вопросу.

П: Вы все еще не ответили на мой вопрос.

А: Да, я только что думал, что бы такое сейчас сказать, но ничего другого не придумал. Вопрос не закрыт. Вам бы хотелось услышать, получите ли вы ваше свидетельство сейчас.

П: Именно так.

А: И у вас есть также другая мысль, но и она не закончена.

П: Вы все еще не ответили на мой вопрос, получу ли я свидетельство. Да, и теперь я опять спрашиваю: так как обстоит дело?

А: Но тогда оно должно было быть уже напечатанным, или бы его должны были начать печатать сейчас, то есть это бы означало, что его уже продиктовали.

П: Тогда я возьму его с собой в следующий раз.

Я поднял вопрос, почему пациент не спрашивает, получит ли он его вообще, — пациент его проигнорировал. Затем все же

появилось сублимированное чувство, что я могу ему в этом отказать.

П: Теперь мы к чему-то подходим. Вы можете сказать, что я пока недостаточно развил свои собственные возможности, а пока я этого не сделаю... но мне придется ждать лет сто, если вы скажете, что я все еще их не развил. У меня появилось желание сказать: «Черт с ним, со свидетельством!»

Пациент вспомнил, что получение отказа от страховой компании после того, как он вернулся из отпуска, привело к ухудшению его симптомов и что с тех пор все стало менее стабильным.

В конце сеанса я подвел итог происшедшему. Поскольку у него появилось впечатление, что ему чинят препятствия, возрос его гнев, и в результате — ухудшение симптомов.

Комментарий. Аналитику потребовалось несколько дней, чтобы составить текст, который в этот момент был готов в конторе у секретаря. Неуверенность и гнев пациента подспудно возросли и проявились в ухудшении симптомов, в основном в возвращении подавленных аффектов. Чтобы реконструировать последовательность событий, аналитик намеренно заставил пациента в течение этого сеанса ждать. Хотя поначалу открытый вопрос в данном случае оказал положительное воздействие, такая процедура не была лишена опасности, поскольку рискованно придерживаться мнения, что цель оправдывает средства.

Аналитик дал пациенту свидетельство, еще им не подписанное, в котором привлек его внимание к тому, что открытые вопросы уже были прояснены решением общественной страховой медицинской компании об оплате. Подробный отчет, если он все еще необходим, должен быть представлен только врачу, компетентному в психоаналитических проблемах.

На следующем сеансе стало ясно, что Артур Y много думал о свидетельстве.

П: Если бы я был на вашем месте, я бы больше прислушивался к требованиям страховой компании, чем это сделали вы... Я бы прибег к более подхалимскому подходу, и, может, я добился бы того же результата. Если бы страховая компания оплатила остальное, значит, мой тезис был бы подтвержден — можно достичь цели, если вести себя подхалимски. Ваш подход другой, и я не вполне уверен, как бы я сформулировал свое собственное письмо, просил бы я или настаивал на своих правах. Я считаю, что мне полагается компенсация.

Пациент предложил еще ряд альтернативных формулировок текста, который ему самому надо было представить страховой

компании. На него произвело впечатление мое краткое и ясное заявление, и он счел его образцом смелого отношения к делу.

А: Хм. Это два совершенно различных мира, и существует опасность, что страховой компании может не понравиться, если вы чего-то потребуете.

П: Если выказать себя подхалимом, они могут пожалеть меня и сказать: «Бедняга. И опять с ним пора что-то решать. Можем же мы, большая, могущественная страховая компания, еще разок помочь этому несчастному. Это всего лишь пара марок. Бросим их ему, не обеднеем». Да, это дело очень трудное.

А: Вы ведь знаете, что я еще не подписал свидетельство.

П: Да, я хочу, чтобы оно было таким, каким вы его написали.

А: Можете послать его вместе со своим письмом.

П: Я хочу, чтобы оно было таким, как написали его вы. Я считаю его правильным, совершенно подходящим.

Затем я объяснил пациенту — с точки зрения общего подхода к процедуре подачи заявок — кое-что относительно терминов «необходимость», «экономия» и «полезность», а также относительно концепции болезни, которой придерживаются страховые компании, когда определяют свою ответственность в оплате, и которой пользуются наблюдатели в своих оценках, представляемых страховым компаниям. Я также объяснил значение врачебной тайны и упомянул тот факт, что заявки подаются анонимно. Тогда пациент завершил эту тему.

П: Я все еще не решил, как выражу свои мысли. Может быть, я использую обе формы. Ну, как-нибудь придумаю. Я просто удивляюсь, что такие вещи могут так сильно влиять на мое настроение, я чувствую себя просто уничтоженным. Что же тогда будет, если случится настоящий кризис: окажусь без работы, возникнут трудности с женой?

А: Иногда легче пережить борьбу с реальным и действительным оппонентом, чем бороться с тем, кого трудно схватить, и всегда быть настороже.

П: Сегодня вы постоянно ссылаетесь на себя. Ну а если я переживаю вас эмоционально, как это было и с тем учителем, если это так, что же я могу извлечь, зная это? Но я все еще не знаю, и это заставляет меня чувствовать себя неуверенно.

Артур Y сосредоточился на теме зависимости и рассмотрел свои усилия сохранить мое расположение.

Он упомянул о магнитофоне.

П: Я все еще не примирился с этой штукой. У меня чувство, что я бессилен, беззащитен, оскорблен. [См. разд. 7.5.] Может быть, это потому, что я боюсь некоторых параллелей. Я, возможно, продвинусь немного дальше, если смогу полностью признаться себе, что это переживание старого на самом деле вредно для меня и мне следует всегда его стирать. Как будто

этого вообще не было, как будто я всего лишь хотел быть значительным. [Он говорит о своем опыте с учителем-гомосексуалистом в интернате.]

А: Это ужасно — иметь такие неудовлетворенные желания и чувствовать, насколько неправильно они используются, не иметь возможности защитить себя и испытывать чувство беспомощности.

П: И вполне понятно, что вы испытываете при этом негодование.

А: И также вполне понятно, что вы предпочитаете свести его к минимуму.

П: И как бы я хотел спросить вас, полагаете ли вы, что эти переживания с учителем являлись существенным фактором в развитии тех страхов, которые появились позднее.

А: Да.

П: Этот ответ очень мне помогает — ясный ответ... Все это грязное дело. Я только что подумал о сравнении. Я бегу где-то по пояс в грязи, продолжаю погружаться все глубже, и у меня появляется возможность выбраться и поставить ногу на твердую почву, но это все еще неточно. Я все еще не знаю, не окажется ли следующий шаг вновь в вакууме... Но теперь у меня есть хоть какой-то ориентир относительно направления, несмотря на грязь... Все очень трудно. В словах «привязанность» и «доверие» я вижу опасность стать слезливым.

Сеанс окончился на теме его стремления к отцу, которое возникло после того, как он впервые упомянул о симптомах невротической тревоги в переходном возрасте.

7 Правила

Введение

Психоаналитические правила имеют много функций, вытекающих из задач и целей психоаналитического диалога, как уже говорилось в первом томе (разд. 7.1). По этой причине в соответствующей главе первого тома отстаивался тезис о том, что действенность любого правила нужно доказывать заново для каждого отдельного пациента. Это делается, когда аналитик задается вопросом, обеспечивают ли эти правила конкретному пациенту оптимальные условия для терапевтического изменения. Вопрос о пользе правил является хорошим отправным пунктом для их гибкого применения, то есть применения в соответствии с индивидуальностью пациента и терапевтическими целями. Поскольку правила подчинены диалогу, мы в этой главе придаем ему первостепенное значение (разд. 7.1).

В других главах содержится много примеров свободных ассоциаций (разд. 7.2), здесь же мы ограничимся лишь выдержками из диалогов начальной фазы терапии. То же самое относится и к равномерно распределенному вниманию (разд. 7.3): мы ретроспективно описываем его колебания.

Возможно гибкое применение правила контрвопроса внутри системы правил, если аналитик отвечает на вопросы, которые неизбежно задает пациент, вместо того чтобы стереотипно следовать правилу. Мы критиковали стереотипное применение этого правила в первом томе, а в разделе 7.4 приводим примеры гибкого его применения.

Особенно плодотворно изучение метафор и изменений, которые они претерпевают в психоаналитическом процессе. Поскольку их значимость в языке терапии едва ли можно преувеличить, мы рассматриваем психоаналитические аспекты метафор в отдельном разделе (7.5.1). Лингвистическое исследование психоаналитического диалога в разделе 7.5.2 уделяет метафорам особое внимание, выразительно демонстрирует, что ученые из других областей, независимо изучающие аналитические тексты, способны значительно расширить наши познания. Они погружаются в стиль языка, который обычно недоступен лечащему аналитику.

Два раздела, посвященные безоценочному отношению, нейтральности (разд. 7.6), анонимности и естественности (разд. 7.7), рассматривают взаимосвязанные проблемы, которым не было уделено должного внимания в первом томе. Клинические примеры показывают, что решение этих проблем имеет огромное терапевтическое значение.

Многие из наших примеров основаны на транскриптах записанных на пленку аналитических часов. Мы включили больше таких примеров в эту главу, демонстрируя влияние включенного магнитофона на перенос и сопротивление. Следуя общему подходу к этой теме, описанному в разделе 1.4, мы включили эти примеры именно в главу, посвященную правилам. Нашей целью является показать, что на психоаналитическую ситуацию можно повлиять различными способами. Введение технических средств должно изучаться особенно тщательно, точно так же как и влияние правил на диалог; в разделе 7.8 мы подробно рассматриваем эту тему, включая возникшие контраргументы.

Этот том не был бы написан, если бы не было технических новшеств. Наш опыт убедил нас, что влияние технических средств на отношения пациента и аналитика можно рассматривать столь же критично — то есть анализировать, — как и любые другие влияния. То, как аналитики описывают анализируемое, относится к общим особенностям психоаналитического метода. Влияние аналитика на процесс и сама психоаналитическая рамка стали объектом многостороннего исследования.

7.1 Диалог

Психоаналитическое интервью часто сравнивают с классическим диалогом. Поэтому естественно еще раз обратиться к происхождению слова «диалог». Его корни, точно так же как и корни слова «диалектика», восходят к греческому *dialegesthai* — рассекать, рассматривать, консультировать или, в переносном значении, обсуждать что-либо с другими. Первоначально слово «диалектика» характеризовало диалог как консультацию. *Dialegesthai* означало собраться вместе и посоветоваться. Согласно Платону, диалектиком был тот, кто знал, как задавать вопросы и как на них отвечать. Более того, там, где в диалоге консультация подчинена неким правилам, слово «диалектика» употребляется как «имеющее отношение к использованию таких правил или к институциализированной диалогической практике» (Mittelstrass, 1984, p.14). Стиль диалогов Сократа, цель которых обобщена в известном высказывании: «Я знаю, что ничего не знаю», многие считают непревзойденным. Ученики Сократа страдали от высокомерия своего ироничного учителя; на-

пример, говорят, что Алкивиад воскликнул: «Что еще мне предстоит вынести от этого человека! Он хочет показать мне во всем свое превосходство». Сократ относился к своему методу как к акушерству (maieutic). Это сравнение с искусством повивальной бабки — профессии его матери — подхвачено некоторыми психотерапевтами, которые сравнивают свою работу с сократовскими *maieutic*. Метафора акушерства время от времени употребляется в психотерапии, чтобы подчеркнуть новое начало, важным элементом которого является самопознание, ведущее к изменению. При использовании метафор, однако, надо учитывать любые отличия, если они указывают на особость психоаналитического метода.

Стиль диалога, дошедший до нас от Платона, позволяет сравнить Сократа с повивальной бабкой, которая всегда точно знает, где надо применять хирургические щипцы. Сократ всегда предвидел, каким идеям он помогает войти в жизнь: его вопросы неизбежно определяли ответы его учеников. Сократ произвел своего собственного философского ребенка. Он не стеснялся вкрапливать приемы софистики в свою диалектику. Если бы психоаналитику надо было задавать вопросы так, как это делал Сократ — направлять ответы пациента посредством ведения диалога, — его бы обвинили в манипулировании. В психоаналитическом акушерстве скорость событий задает пациент. Именно ему принадлежит инициатива, а также первое и последнее слово, каким бы важным ни был вклад психоаналитика в поиск освобождающего решения проблемы. С самого начала до конца терапии задачей психоаналитика является создание оптимальных условий для достижения положительной динамики в состоянии пациента.

Например, если бы пациентом был Алкивиад, то весьма сомнительно, что, признав свое невежество и разрушив этим ощущение безопасности, он смог бы быстро восстановить самообладание. Каждый акт подчинения провоцирует сильную агрессию, которая может привести к депрессивному самоуничтожению, направленному против самого индивида. В *психоаналитических* диалогах важно создать как можно лучшие условия для спонтанности реакций пациента и обеспечить ему возможность совершать пробные действия таким образом, чтобы было ясно, каких изменений он желает. Аналитик должен подчиниться этой цели.

Идеал психоаналитического диалога — достижение (само)осознания и разумных действий, и корни его глубоко уходят в интеллектуальную историю Запада. Поэтому естественно рассматривать идеи Фрейда о воспоминаниях и психоаналитическом инсайте как восходящие к мыслям Платона о припоминании. Фрейд описывал психоаналитическое лечение как особую форму диалогической практики.

В психоаналитическом лечении происходит не что иное, как взаимообмен словами между пациентом и аналитиком. Пациент говорит, рассказывает о своем прошлом опыте и впечатлениях в настоящем, жалуется, признается в своих желаниях и своих эмоциональных импульсах. Врач слушает, пытается направить мыслительные процессы пациента, поддерживает, определенным образом направляет его внимание, дает ему объяснения и наблюдает реакции понимания или отвержения, которые он таким образом в нем провоцирует. Неинформированные родственники наших пациентов, которых впечатляют только видимые и ощутимые вещи — преимущественно действия, подобные тем, что можно наблюдать в кино, — никогда не преминут выразить свои сомнения по поводу того, «можно ли что-нибудь сделать с болезнью простыми разговорами». Конечно, это близорукая и несостоятельная линия мышления. Существуют также люди, которые уверены, что пациенты «просто воображают» свои симптомы. Слова изначально были волшебством, и до сегодняшнего дня они сохранили многое из своей древней магической силы. При помощи слов один человек может сделать другого блаженно счастливым и довести его до отчаяния, при помощи слов учитель передает свое знание ученикам, при помощи слов оратор увлекает собой публику и определяет ее суждения и решения. Слова вызывают аффекты и в общем являются средством взаимовлияния между людьми. Следовательно, мы не станем обесценивать использование слов в психотерапии и с удовольствием услышали бы слова, которыми обмениваются аналитик и его пациент...

Информация, которая нужна для анализа, будет дана им [пациентом] только при условии, что у него есть особая эмоциональная привязанность к врачу; он замолчит, как только заметит хотя бы одно свидетельство равнодушия. Ибо эта информация касается того, что наиболее интимно в его душевной жизни, всего, что, как социально зависимая личность, он должен скрывать от других людей, и, кроме того, всего, что, как однородная личность, он сам не будет допускать для самого себя.

Следовательно, нельзя присутствовать в качестве аудитории во время психоаналитического лечения. Вам могут об этом только рассказать; узнать о психоанализе можно только по слухам в самом строгом смысле этого слова (Freud, 1916/17, pp. 17 — 18).

Через двадцать лет Фрейд (Freud, 1926е, p.187) на вопрос вымышленного «незаинтересованного лица» о том, что делает с пациентом психоанализ, дал очень похожий ответ: «Между ними ничего не происходит, кроме того, что они разговаривают друг с другом. Аналитик не пользуется никакими инструментами — даже для осмотра пациента, — а также не предписывает никаких лекарств... Аналитик договаривается с пациентом о фиксированном регулярном часе, дает ему возможность говорить, слушает его, в свою очередь говорит с ним, и тот его слушает». Фрейд даже интерпретировал предполагаемое скептическое отношение незаинтересованного лица: «Он, видимо, думает: "И ничего, кроме этого? Слова, слова, слова, как говорит принц Гамлет"». Такие реакции все еще часто можно услышать во время обсуждений психоанализа, их можно ожидать и от пациентов до тех пор, пока они сами не убеждаются в силе своих мыслей и эффектах своих слов.

Несмотря на то что Фрейд полагался на силу слов и ссылался на эмоциональные импульсы и аффекты, фраза о том, что

в психоаналитическом лечении *не происходит ничего, кроме обмена словами*, необоснованно ограничивает терапевтический диапазон и диагностические возможности психоанализа. На самом деле для Фрейда все началось не со «слов», и его теория развития Я вела свое происхождение из телесного Я. Именно *физические* симптомы истерических пациентов были доступны «лечению разговором». Представления этих пациентов о происхождении и значении их физических симптомов не совпадали с сенсомоторными нарушениями, с которыми были знакомы неврологи. Уделяя внимание языку тела и тому, что должны говорить физические симптомы, и руководствуясь тем, что сегодня мы называем личной теорией пациента о своей болезни, Фрейд из невролога превратился в первого психоаналитика. Мы упоминаем об этом, стремясь несколько ослабить утверждение, что в аналитическом лечении не происходит ничего, кроме обмена словами.

Многое из того, что происходит в отношениях между пациентом и аналитиком на бессознательном уровне чувств и ощущений, нельзя полностью обозначить каким-либо названием, различить и обобщить в процессе получения опыта (см.: Bucci, 1985). Намерения, которые являются долингвистическими и которые не может уловить сознание, нельзя точно вербализовать. Следовательно, фактически между пациентом и аналитиком происходит нечто гораздо большее, чем просто обмен словами. Фрейдовское «ничего более» надо понимать как вызов пациенту, чтобы тот раскрыл свои мысли и чувства как можно тщательнее. Аналитику предлагается вмешиваться в диалог, делая интерпретации, то есть при помощи лингвистических средств. Конечно, существует большая разница между тем, ведет ли аналитик диалог, который относится к взаимоотношениям, или же он делает интерпретации, раскрывающие латентные значения квазимонологических свободных ассоциаций пациента. Шпиц (Spitz, 1976) тоже ссылается на невербальное взаимодействие, которое предшествует языковому обучению как диалогу (см. т. 1, разд. 7.4.3). Ребенок, прежде чем начинает говорить, учится общению через действие. Удивительно рано он вступает в сложные социальные взаимодействия со своей матерью (см. т. 1, разд. 1.8). Богатство форм довербального общения присутствует в телесном Я и в предсознательном и бессознательном измерениях психоаналитического диалога; их отношения с переживающим Я очень неявны, и все же они совместно определяют качество отношений пациента и терапевта. В главе 5 и в разделе 9.10 мы рассматриваем важность учета аналитиком как представлений пациента о своем телесном образе, так и медицинских знаний, а также важность четкого различения первых и вторых.

Исследования диалога между матерью и ребенком дали новые результаты, говорящие о роли, которую играет в детском

овладении языком аффективность (см.: Klann, 1979). Эти результаты окажут очень большое влияние на аналитическую технику. Среди прочих исследования Штерна (Stern, 1977, 1985) привлекли в психологию развития философские идеи Бубера о *диалогическом* и межчеловеческом принципах. Идеи Бубера позволяют лучше понять психоаналитический диалог, что и продемонстрировал Тихо в своем новаторском исследовании:

Если рассматривать [терапевтические] отношения исключительно в терминах переноса и контрпереноса и в их динамическом понимании, то возникает опасность того, что аналитическая ситуация станет монологом. Если же поддерживается диалог, то тщательное наблюдение над проявлениями переноса и контрпереноса позволяет нам реконструировать условия прошлого. Большое количество факторов раннего окружения может иногда это очень затруднять. Временами аналитики хотят избежать мучительного для них вовлечения в чувства пациента, потому что это входит в противоречие с их потребностью оставаться «независимыми» от своих пациентов. В таких ситуациях аналитик поддерживает монолог, а конфликт зависимости — независимости, скорее всего, будет повторяться в аналитической ситуации (Ticho, 1974, p. 252).

Оригинальное сравнение Тихо теорий Винникотта и Бубера можно плодотворно применить в терапевтической технике многими способами. В психоаналитическом взаимообмене диалогический принцип приближается к форме диалога Сократа, если понимать ее как диалог, в котором обсуждающие следуют за инсайтом, подчиняясь разуму.

У большинства аналитиков существует какое-то представление об идеальном типе диалога. Но правила, которым следуют психоаналитики в анализе, необходимо каждый раз варьировать, и любые жесткие правила рискуют придать интервью слишком ригидный стиль. В настоящей стадии развития психоаналитической техники важнее составлять точные протоколы и проводить эмпирические исследования (включая междисциплинарные) того, как и что обсуждают аналитики с пациентами, чем устанавливать рафинированную форму ведения психоаналитического диалога. Хотя стало уже привычным подчеркивать разницу между терапевтическим интервью и повседневным разговором (Leavy, 1980), мы чувствуем настоятельную потребность предостеречь от слишком простого разграничения, поскольку сегодня диалоги часто

характеризуются только кажущимся пониманием, только видимым сотрудничеством, кажущейся симметрией разговора и стратегий, которые преследуются в разговоре, и что в реальности интерсубъективность часто остается лишь утверждением, которое совершенно не обязательно приводит к значительным изменениям, драматическим конфликтам и к осознанию «псевдопонимания»... В повседневных диалогах что-то отыгрывается и подразумевается, и именно это систематически вербализуется в терапевтических диалогах (Klann, 1979, p.128).

Невозможно установить все сходства и все различия в понимании диалога пациентом и аналитиком. С терапевтической точки зрения непродуктивно начинать с различий и рассматривать диалог как крайне асимметричную структуру. Эмпирические исследования подтверждают то, что кажется очевидным здравому смыслу, а именно что помогающий альянс, скорее всего, формируется, когда между мнениями аналитика и мнениями пациента развивается соответствие, которое признают оба участника. Это соответствие может обнаружиться в кажущихся очень банальными вопросах, которые пациенту и не надо осознавать. Удовлетворительные рабочие отношения развиваются прежде всего, если на некоторые вещи существуют сходные точки зрения и если пациент может так или иначе ощутить это. Хотя пословицу «Рыбак рыбака видит издалека» можно дополнить тем, что противоположности привлекают друг друга, — однако то, что совершенно чуждо, скорее всего, будет выглядеть зловещим для большинства людей, и это особенно верно для тревожных пациентов. Поэтому есть смысл отталкиваться от знакомого и двигаться к незнакомому в процессе структурирования терапевтических интервью. Здравый смысл обманчив, но все же не рекомендуется просто игнорировать суждения, которые на нем основаны.

Аналитик и пациент живут, кроме всего прочего, в одной и той же социокультурной реальности, даже если у них к ней разное отношение. Это факт, которого не может не замечать пациент. Самое важное, что оба подчиняются одним и тем же биологическим законам, по которым идут жизненные циклы от рождения к смерти. Каждый пациент с самого начала чувствует, что его аналитик не может уклониться от ритмов природы и что он, таким образом, не чужд жизненным потребностям, которые доставляют удовольствие пациенту или вызывают у него боль. Эта общность сама собой разумеется. Универсальность этих черт имеет еще более глубокие основы. И то, как пациент сталкивается с открытием, что аналитик не застрахован от старения или болезней, само по себе возымеет значительные последствия.

Роль аналитика в развитии помогающего альянса всегда частично опосредуется чем-то всеобщим по своей сути, то есть тем, что выходит за пределы его специфической профессиональной роли, предписанной терапевтическими задачами. Возникающие в результате отношения характеризуются многочисленными формами взаимозависимости и несоответствия: способ, которым они структурируются, определяет в большой степени успех или неуспех терапии. Хотя это может показаться банальным, но немаловажен тот факт, что взаимозависимая природа отношений между ролью и настоящей личностью и между терапевтическим вмешательством и реальными отношениями под-

тверждена эмпирическими исследованиями в психотерапии — они обобщены Гарфильдом и Бергином (Garfield, Bergin, 1986) в третьем издании их небольшой книги. Это заставляет нас выйти за пределы нашего обсуждения в первом томе (гл. 2) и обратиться к вопросу о том, содержатся ли в психоаналитическом терапевтическом альянсе, в его специфическом распределении ролей, те аспекты, которые, по мнению Люборского, формируют альянс помогающий, то есть терапевтически эффективные отношения. Терапевтические отношения даже основаны во многом на формировании «общности чувств» и эмоциональных связей, которые создаются «посредством идентификации», — что Фрейд обозначил (Freud, 1933b, p.212) в переписке с Эйнштейном как то, что лежит в основе человеческого общества.

Диалоги показывают, что в условиях разговора происходят важные процессы. Однако понимание психоанализа как разговора (Flader et al., 1982) было бы односторонним. Говорить и хранить молчание — это диалектические элементы разговора, которые связывают действия молчания (как неговорения и пребывания в самом себе) с действиями речевыми, что, как правило, отрицает другие действия. Такая смена позиций является средством, при помощи которого происходит обмен, решающий для обоих участников.

В первом томе (см. разд. 8.5) мы уже описали некоторые особенности, а порой крайности разных стилей интервью в психоанализе. Следующий пример дает возможность проиллюстрировать значение говорения и молчания в аналитическом процессе — в событиях, которые часто наблюдаются и клинически легко узнаваемы.

Пример

Артур Y сказал мне, что чувствует себя очень хорошо и что находится на верном пути. Он добавил, что не знает, с чего начать, и упомянул о деловых проблемах и конфликтах со своими конкурентами. Пациент необычно молчалив на этом сеансе. Ему хочется спать.

А: Вы привыкли испытывать напряжение, думая о том, что молчание на аналитическом сеансе — это потеря денег, столько-то и столько-то за минуту.

Артуру Y было приятно, что он становится спокойнее.

П: Да, сегодня я гораздо лучше собой владею; основание становится гораздо шире. Все-таки у меня не так уж много долгов, как обычно бывало.

А: Вы привыкли всегда забегать вперед и учитывать кредит, когда думаете о финансовых делах.

П: Да, я испытываю сейчас спокойствие, ощущение, что конец света еще не настанет оттого, что я расслаблюсь, и мне очень приятно, что я могу это делать без тревоги о том, что все тут же запутается, без вопросов: «Что со мной произойдет, если я здесь промотаю час?» или «Зависит ли от этого мое финансовое состояние?».

Комментарий. По нашему мнению, это пример продуктивного молчания, потому что пациент смог позволить себе побыть спокойным и, следовательно, продемонстрировать пассивность, не испытывая при этом чувства вины. Он показал, что все больше ощущает себя в безопасности, и прошел это испытание. Другими словами, ему удалось щедро распорядиться своим временем и преодолеть страх перед обнищанием и скупость как реактивное образование.

7.2 Свободные ассоциации

В начале лечения аналитику важно познакомить пациента с основным правилом. В каждом индивидуальном случае надо решить, какой информацией о многочисленных функциях правил ему следует обеспечить пациента (см. т. 1, разд. 7.2). Поскольку элементы психоаналитической теории и техники стали частью общего знания, хотя порой и в карикатурной форме, — многие пациенты теперь приходят в психоанализ с более или менее точными ожиданиями.

Первый пример

На первом сеансе Франциска X рассказала мне об информации, которую она получила в своей медицинской страховой компании. Она также спросила меня об отчете, который, как она предполагала, я должен написать. После того как я объяснил, что это такое, она спросила, сколько будет длиться терапия, и выразила озабоченность по этому поводу. Ее брат, утверждавший, что знает кое-что об этом, сказал ей, что потребуется по крайней мере год. Быстро подумав, я ответил, что невозможно сделать какие-либо точные прогнозы и что это зависит от того, как быстро мы будем двигаться вперед.

Затем я информировал Франциску X о формальностях, связанных с лечением, сказав, что предпочтительно, чтобы она лежала на кушетке, а я буду сидеть позади нее. Предполагается, что она попробует рассказать мне все, что ей приходит в голову. Затем я спросил ее, есть ли у нее еще какие-нибудь вопросы, на что она ответила отрицательно, и я предложил сразу же и начать.

П: Теперь я могу сказать вам, о чем я думаю?

А: Угу.

П: Вот сейчас мне в голову пришла колыбельная о семи ангелах вокруг меня [смущенно смеется], потому что вы сидите позади, в головах кушетки. Мне это приснилось прошлой ночью: я хотела прийти сюда, но не могла найти вас в той комнате, где вы находитесь. Мне придется рассказывать вам много сновидений. Мне снятся сны почти каждую ночь. Когда я просыпаюсь, я обычно все еще их помню. Вчера я очень сильно рассердилась. Я провела выходные в городе X, где ходила в университет. Я так жутко его любила, и я всегда с ума схожу, когда мне приходится возвращаться в Ульм. В Ульме все так некрасиво, здесь вообще нет хорошеньких девушек.

А: Для вас это важно?

П: Меня совершенно не интересуют мужчины. В Ульме всегда так, как будто бы его заволокло облаками.

Комментарий. Нетрудно увидеть, что это прилежная пациентка, которая немедленно следует инструкциям аналитика. Ее первая ассоциация — непосредственная ситуация: она на кушетке, аналитик сзади нее — о детской сцене, в которой она звала на помощь ангелов, чтобы те защитили ее ночью. Это вызывает страх, связанный с тем, что пациентка вспоминает о том, как оставалась одна в детстве, страх ослабляется смущенным смехом. Следующая (вторая) ассоциация продолжила тему небезопасности. В сновидении Франциска X искала офис аналитика, но не нашла ни его, ни аналитика. Ее третья ассоциация ослабила напряжение; она уверила аналитика, что готова к сотрудничеству, и добавила, что он даже может счесть ее сновидения интересными. Ее четвертая мысль была косвенно связана с весьма значительным симптомом страха, который развился, когда она стала работать в Ульме. Ей бы очень хотелось вернуться в свои студенческие дни.

Пациентка делилась дальнейшими ассоциациями о своих студенческих днях, о посещении баров по вечерам, где она сидела допоздна в окружении друзей. Это сердило ее мужа даже до их свадьбы; он обычно уставал от этого и уходил домой один.

Затем пациентка обвинила себя в том, что неспособна сказать «нет», и сменила тему, спросив о результатах психологического теста. Она сказала, что совершенно определенно неадекватна в интеллектуальных вещах и все же ей хотелось бы получить научную степень, это стало ей ясно за последние несколько дней. Брат, у которого она просила совета по поводу лечения, только что закончил свою диссертацию.

После минутного молчания Франциска X поинтересовалась, не пойдут ли дела только хуже, если она будет о них слишком много думать. Она сказала, что ее родители не тратили время,

думая о таких пустяках, и что было бы совершенно бессмысленно с ними об этом говорить. Снова наступила пауза, во время которой я ничего не сказал. Она продолжила о том, что боится влезть в долги; ей хочется мягкую подушечку на кушетке, такая подушечка — единственное, что ей не хватает на сеансе.

Затем последовала другая пауза, и я заметил, что пациентка изучает комнату и ее глаза остановились на старомодной плите.

П: Психотерапия в Ульме находится в плохом состоянии [смеется].

А: Из-за старой печки?

П: Ну, не только; тот дом тоже — тот, где у меня было первое интервью с доктором А., — он уже разваливается. Когда я туда пришла, я боялась, что доктор мне откажет, потому что мои истории такие тривиальные.

А: Точно так же, как в вашем сновидении вы не могли найти комнату.

П: Но мои истории действительно тривиальны. Все это обернется каким-нибудь приключением. Интересно, что из этого выйдет.

Комментарий. Ассоциации пациентки следует рассматривать как сообщения, которые она сделала аналитику. Они не составляют простой истории, в которой легко прослеживается сюжет, это — коллаж, отдельные кусочки которого являются частью более общего мотива, который часто трудно распознать.

Мысль о том, что «все некрасиво», относилась и к кабинету, и к аналитику, который соотнес комментарий по поводу того, что здесь нет хорошеньких девушек, с негативным самоощущением пациентки, при этом не делая предположения, что эта аллюзия возникла намеренно и осознанно.

Замечания, которые делает аналитик, в то время как пациент учится свободно ассоциировать, имеют знаменательную функцию, потому что они дают пациенту возможность понять, что существует и дополнение к тому, как он будет действовать, а именно ответы на скачки в его мыслях. Вмешательства неизбежно направляют дальнейший ход событий, потому что они прерывают процесс и имеют тенденцию дестабилизировать пациента. С другой стороны, молчание, между прочим, часто является комментарием еще и потому, что пациент, еще незнакомый с аналитической ситуацией, ожидает, когда интервью пойдет по правилам повседневного общения (см. т. 1, разд. 7.2).

Второй пример

Лингвистическое изучение случаев, записанных в текстовом банке Ульма, документально подтверждает, что в начале терапии пациенты в определенном смысле пользуются привилегия-

ми. Согласно этим исследованиям, пациенты могут начинать с более или менее постоянного монолога и, таким образом, следовать фундаментальному правилу. Роль аналитика как слушателя тогда рассматривается совершенно позитивно. Это демонстрируется следующим коротким примером из начального сеанса пациентки по имени Амалия X.

П: Я чувствую нечто позитивное — что на самом деле здесь есть человек, которому можно все рассказать или который должен так или иначе слушать и который не может пожаловаться, когда я скажу какую-нибудь глупость.

Одновременно пациентка размышляла о (слушающем) аналитике, который обычно участвовал в разговоре неожиданным для пациентки образом.

П: Я постепенно стала понимать, что вы обычно не даете ответов; в крайнем случае что-то уточняете. Интересно, почему вы так ведете себя? Потому что на самом деле это не станет разговором. Я просто хочу знать, по каким причинам. Мне действительно это интересно, и это совершенно другой способ разговаривать, чем то, к чему я привыкла. [Из 2-го сеанса.]

На 11-м сеансе пациентка повторила свое наблюдение о необычности ситуаций и более развернуто пожаловалась, что ответов было слишком мало.

П: Да, я думаю, это совершенно другой вид разговора, чем тот, к которому я привыкла. Что меня больше всего беспокоит в настоящий момент — это вот эти паузы между тем, что говорится, потому что я не знаю, ждете ли вы, что я скажу что-нибудь, или я жду, что вы что-то скажете. Всегда паузы между тем, что я говорю, и между тем, что говорите вы. Это страшно неудобно. И когда я что-то говорю, может быть, это доходит до вас как послание по пневматической почте. Но тогда меня здесь больше нет, и я не могу знать и не могу ощутить, что вы думаете в тот момент, когда я вам что-то говорю. Я даже не получаю ответа на свое послание.

Этот фрагмент демонстрирует стресс, вызванный основным правилом. Проблемы техники, которые встречаются в самом начале, располагаются вокруг вопроса о том, как мы можем облегчить переход пациента к особому виду беседы, которым характеризуется психоанализ, не будучи способными исключить все трудности, но и не принося необоснованного ятрогенного вреда, на постепенное преодоление которого нам бы пришлось затратить ог-

ромные усилия. В соответствующей главе первого тома мы высказались за гибкость со стороны аналитика, за создание условий, соответствующих собственному состоянию пациента.

В конце анализа пациентка еще раз вернулась к своим первоначальным трудностям.

П: Кроме того, когда я оглядываюсь назад, мне кажется странным, что... Ну, я это просто кратко скажу, одной фразой. Иногда я думала: «Почему он не говорит прямо, чего он хочет [легкий смешок], и не дает мне какого-нибудь набора инструкций». Я это точно могу вспомнить. В ужасе я спросила: «Мне надо лежать на кушетке?» И подумала, что это ужасно. Затем я сказала: «Что мне теперь надо делать?» А вы сказали что-то вроде: «Постарайтесь больше говорить то, что вам приходит в голову». Приблизительно так. Это, может, и по-другому было сформулировано, но слово «больше» там, во всяком случае, было.

А: Больше, чем когда вы сидели.

П: Да, вы это сказали, и это было все. Это было все правило, инструкция, или как там это называется, — и затем я подумала: «Батюшки, он меня переоценил, почему он больше сам не говорит? Тогда мне не пришлось бы так много бороться самой». У меня часто появлялась эта мысль. Он смотрит на совершенно другого человека. Он меня не знает. Он просто пробует, как это работает. Он начинает с предпосылок, которые ко мне неприменимы, они — его собственные, и они только постепенно становятся и моими собственными. Мне пришлось добрые полгода привыкать к кушетке. Даже если это теоретически ясно, это долго не помогает; все, что можно об этом прочитать, вообще не помогает. И все же я не осмелилась бы как следует смотреть на вас, если бы сидела. Не думаю, что смогла бы получить от этого удовольствие.

Комментарий. Прошло несколько лет с начала этого анализа. Сейчас мы рекомендовали бы аналитикам обеспечивать больше объясняющих и интерпретирующих ответов в начальной фазе, например чтобы уменьшить травматический эффект пауз и дать возможность пациенту использовать их и овладеть ими более продуктивно. Главной задачей должно быть установление помогающего альянса, и для достижения этого необходима гибкость в соответствии с требованиями каждого пациента. Мы привели еще несколько примеров начала лечения, более раннего происхождения, в разделах 2.1.1 и 2.1.2.

Амалия Х внесла значительный вклад в пересмотр нашей техники тем, что привлекла наше внимание к важности того, чтобы посвятить пациента в источники и контекст аналитическо-

го мышления и действий (см. также разд. 2.4.2). Мы думаем, что такое участие отрицается многими аналитиками, и последствия этого могут быть антитерапевтическими. Аналитику важно структурировать взаимодействие в диалогической манере и уменьшить асимметрию, особенно в начальной фазе.

Третий пример

В начальной фазе терапии пациенты часто задают вопрос о том, что им делать, если они не могут придумать, о чем говорить. Следующий пример из лечения Кристиана Y демонстрирует один из возможных способов решения этого трудного вопроса; эта процедура помогает установить рабочий альянс и указывает на то, что делаются первые шаги в интерпретации.

П: Что я должен делать в случае, если не могу придумать, о чем говорить, если у меня в голове нет ничего значительного?
А: Все-таки сначала в вашей голове что-то было. Вы сказали — «ничего значительного».
П: Да.
А: Тогда просто говорите, чтó у вас в голове, даже если вам это не кажется значительным.
П: Вы имеете в виду даже такое утверждение, как «у вас тут много английской литературы»?
А: Да, именно. В конце концов, это мысль.
П: Или шум снаружи? Я не вижу, какая тут связь с лечением.
А: Ну, это нам неизвестно. В любом случае, это пришло вам в голову.
П: Да?
А: Гм.
П: Я ошибаюсь, говоря, что не важно?
А: Сейчас — да. Раз вы полагаете и говорите, что это не имеет отношения к делу сейчас; например, вы здесь видите английскую литературу — вы это заметили, и это относится к тому, что происходит здесь, — и звуки пилы с улицы, которые вы можете слышать, — вы это замечаете, и это тоже имеет отношение к обстановке здесь.
П: Я было подумал, что это отклонение от темы.
А: Что ж, возможно, от английской литературы вы перешли к звукам пилы, потому что вам могло прийти в голову, что мысль о литературе была слишком личной, поэтому вы быстро перешли к звукам пилы. Это было бы такое брожение ваших мыслей: от книг на окне, которые принадлежат мне, к внешнему миру, то есть далекому отсюда. Так что это может быть отклонением от темы.
П: Интересно, почему?

А: Может быть, потому, что зажегся красный свет — образно говоря — и велел вам больше не думать о комнате или английской литературе.

П: Гм, да. [Пауза.]

А: У вас еще есть какие-то мысли?

П: Нет, я только немного поразмышлял о том, как хорошо вы помните так много вещей, скажем, сочетание слов или определенную тему. Ваша концентрация внимания, как вам это удается? [Пауза.]

А: Да, и затем — английская литература, масса книг, это вопрос знаний. Что он знает, он знает много, хороша ли его концентрация и хорошая ли у него память... а может быть, вы почувствовали зависть?

П: Гм, не только зависть, но интерес тоже, потому что мне бы хотелось понять, как вам это удается. Я — не единственный ваш пациент. Вы не можете только на мне концентрироваться, потому что есть еще другие, которым надо таким же образом помогать, верно?

Комментарий. Отвлечения, которые, конечно, составляют важную часть ассоциаций, можно использовать для того, чтобы ясно продемонстрировать временное сопротивление ассоциированию. В данном случае, говоря об этом, аналитик использовал образ красного света. Похоже, что пациент начал отвлекаться с того момента, когда он попытался понять, как поддерживает аналитик свою концентрацию внимания. Сюда также был вовлечен вопрос о получении знаний и соответствующем сравнении, для пациента невыгодном, потому что его способность концентрироваться очень сильно нарушена. Каждому пациенту интересно знать, как это аналитику удается хранить в памяти так много данных о большом числе людей и их истории жизни и все это еще и применять. Используя подходящие сравнения, аналитик может помочь пациенту участвовать в каких-то аспектах этих интеллектуальных достижений. Деидеализация, связанная с этим, также может помочь пациенту получить доступ к его собственным когнитивным процессам.

Конечно, было бы неверно преуменьшить тренированную способность аналитика вспоминать даже вторичные зачастую подробности и даты. Они запоминаются по своему тематическому соответствию категориям или контекстам, и их легко можно оживить ситуативными факторами. В частности, Кохут отдавал должное идеализации в той степени, в какой она вносит свой вклад в поддержание жизни. Конечно, чем больше сам пациент отстает от своего идеала и чем недостижимее оказывается последний, тем больше становится зависть пациента вместе со всеми ее деструктивными последствиями.

Аналитик неверно стал интерпретировать зависть, вместо того чтобы продолжать фокусироваться на интересе, который пациент проявил к нему самому и его собранию английской литературы. Импульсы зависти пациента в отношении того, чем владеет аналитик — его знаний, его способностей, его возможностей и т.д., — которые скрывались за идеализацией, деструктивно повлияли на его воображение и парализовали его мысли и действия. Необходимо много терапевтических шагов, чтобы понизить аутодеструктивные последствия такой зависти, и первый шаг к этому — тематизировать бессознательную зависть. Хотя этот пациент и не отверг интерпретацию, в начальной фазе было слишком рано упоминать о зависти. Лучше было бы расширить тему идентификаторного интереса — как он делает нечто и как я могу это делать — в целях установления помогающего альянса.

7.3 Равномерно распределенное внимание

Рекомендация Фрейда о том, чтобы аналитик равномерно распределял внимание к «своим собственным бессознательным душевным движениям», описывает в точных терминах природу участвующего наблюдения, которое облегчает восприятие бессознательных процессов эмоционального и когнитивного обмена. Многообразие ассоциаций, которые могут быть у аналитика в состоянии равномерно распределенного внимания, было ясно продемонстрировано скрупулезным исследованием ретроспективных комментариев аналитических сеансов, которые мы провели вместе с Майером (Meyer, 1981). Ассоциации аналитика можно классифицировать согласно их источнику и цели (Meyer, 1988). Они возникают на различных уровнях, некоторые предположительно были ясны аналитику во время сеанса, в то время как другие оказываются независимым продолжением аффективных и когнитивных процессов и осознаются только впоследствии.

«Думание вслух»

Терапия Игнаца Y была записана на пленку как часть проекта исследования происхождения и цели вмешательств. В рамках этого проекта аналитик продиктовал свои мысли непосредственно после сеанса, частично в ответ на заранее известные вопросы (Kächele, 1985).

П: Вот забавный микрофон: он из трех частей. [Пауза.] Сегодня утром я чувствую себя усталым, потому что выпил два больших бокала вина вчера вечером. [Долгая пауза.]

А: Еще какие-нибудь мысли о забавном микрофоне?

П: Я немного испугался: я подумал о диктофоне.

Мысли пациента заняты тем, куда пойдут записи. Долгое время он думал, что я не буду записывать «это дерьмо», а теперь он озабочен тем, что может случиться с его карьерой, если все это попадет не в те руки.

П: Постепенно становится жутко, я имею в виду все, что я здесь говорю... Может быть, это у меня потребность убегать от собственного бреда... Я не думаю, что когда-либо упоминал о своих глупых лозунгах; мне всегда ужасно стыдно за них... Может быть, вы поймете... Я только что подумал, но меня огорчают новые слова, которые приходят мне в голову, и что я полностью разрушаю имена и термины.

Пациент описал, как он переделывает имена, даже имена своих детей и своих друзей, и сказал, что эти слова наполнены для него особым значением, представляющим собой какой-то вид секретного языка. Подростком он изобретал целые последовательности слогов и развлекался мыслью, что он — король этой империи. Он заметил, что искажает только имена людей, с которыми ощущает позитивную связь.

А: Может быть, эта чушь является чушью только для других, но для вас лично это что-то ценное.

П: Да, это верно, и пусть все ужасно по-детски, но мое лучшее время жизни связано с этими звуками, как будто это были игрушки... я немножко превращаю других в игрушки... Вот так я уменьшаю свой страх, даже страх перед своими детьми, когда иногда опасаюсь, что они меня поглотят.

Дальше в ходе этого сеанса стало ясно, что первым именем, которое он исказил, было имя наиболее значимой ролевой модели его детства, а именно его сводной сестры, которая была на семь лет его старше и которую он назвал Лайла. При помощи этого ласкового прозвища он смог найти утешение и заполнить пустоту своих ранних лет жизни. После того как к концу сеанса он признался, что исказил мое собственное имя, он также смог выразить свою обеспокоенность тем, что воспринимает психоанализ как угрожающий пылесос, который высасывает и забирает его внутренний мир.

Обобщение сеанса аналитиком, продиктованное сразу же после него, содержало следующий неструктурированный отчет, который мы только слегка отредактировали:

Превосходный сеанс; меня прямо удивило то, что вышло. Даже еще до начала сеанса я надеялся, что он продолжит говорить о магнитофонных записях, потому что это был единственный способ, который, я чувствовал, позволил бы мне перепро-

верить, могу ли я все еще твердо держаться соглашения, которое мы заключили по поводу записывания; я бы тогда чувствовал себя менее дискомфортно и тревожно. Хорошо было то, что мысль «о дерьме» стала развиваться дальше, что пациент заговорил о своих отношениях с людьми, что развились опасения, будто он наказан за них, и также о том, что он создал мир переходных объектов, о котором раньше не упоминал.

У меня уже было чувство, что тема «дерьма» также выражает магическую анимистическую стадию. Я только не знал, что сказать в ответ на его вопрос в начале сеанса, супервизируется ли анализ [нет]; я думал, что у него должна быть мысль, что и я супервизируюсь и что это может быть связано с овладением страхом, поскольку он очень беспокоился о том, не происходит ли какое-то раскрытие... Что еще важно, это тема «Лайла», важное лицо из его детства, появилась снова после того, как доминировала целый год... Я даже ощутил, что его комментарий о том, как он использовал эти игровые неологизмы, был большим подарком; я вспомнил пациентку с кожной болезнью, которая недавно рассказала мне о таких же играх, очень личных вещах, которые еще интимнее и постыднее, чем все возможные действия с объектами, — эта ее тарабарщина, заикание, звукоподражание, — и поэтому одна мысль вдруг стала отчетливой и показалась очень верной: что в восприятии маленького мальчика его мама состояла только из Лайлы, дорогой Лайлы, и он сохранил это вымышленное слово так живо. Я никогда не понимал, откуда взялось имя Лайла, я и сейчас не знаю, кто эта Лайла в действительности: сводная сестра или другой незаконный ребенок его матери? Я об этом ничего не знаю; она просто одновременно и скрыта, и присутствует — та, что заменила его мать. На самом деле это был образ, Лайла в действительности была только плодом воображения пациента — и все же это очень важный вымысел. Я всегда сравнивал Лайлу с фильмом Агнес Варды о счастье [имеется в виду фильм «Le Bonheur» («Час удачи»)] — яркие краски, слишком пестрый и с виду полностью невозмутимый мир счастья. Магическое создание имени привело меня — через мысли о Карлосе Кастанеде и протоязыке Шребера — к мысли о том, что он создал свой собственный мир, который дал ему независимость.

Мне также понравилось его упоминание о «личном звуковом сдвиге», и у меня была мысль, что он способен избегать депрессивных состояний. Он явно почувствовал, что его понимают, когда прочитал книгу А.Миллера о депрессивных констелляциях. Он мог преодолевать свое депрессивное настроение, изобретя детский зоопарк с помощью феи.

Мне кажется, что он довольно быстро отвлекается, но печаль у него настоящая.

Моя интерпретация о том, что неологизмы представляют собой творческое достижение, сняла с него огромный груз, а также успокоила его, отодвинув постоянно возвращающееся опасение, что он шизофреник. Под конец он, вероятно, назовет мне на своем родном диалекте несколько специфических вариантов искажения моего имени и имени своего второго босса. Я уже не знал, чего ожидать от его швейцарского красноречия.

Тема его возвращения в Швейцарию и его комментарии стимулировали целый ряд мыслей. Искал ли он язык своих родителей? Почему он исказил мое имя? Он искажает имена, когда отношения дороги ему, когда они нежны. Ему не нужно было искажать имя своего тупого администратора-босса, потому что такие разочарования не заходят слишком глубоко; фрустрация нежных импульсов слияния, напротив, очевидно, заставляла его испытывать потребность снова вызывать к жизни эту фею. Я думаю, что пациент сделал большой шаг в этом направлении, потому что сам смог рассмотреть свое клоунское дурашливое поведение с этой точки зрения, без особых усилий с моей стороны. У меня даже возникло чувство, что мои собственные отчеты о сеансах все еще не являются свободными ассоциациями, но, возможно, это тоже вопрос времени — когда можно позволить себе развернуться.

Комментарий. Задачу ассоциирования о только что проведенном сеансе нельзя рассматривать просто как непрерывное продолжение «бессознательной душевной деятельности» аналитика во время сеанса. Важным выводом из этого исследования является влияние, которое оказала сепарация с пациентом на ретроспективный взгляд аналитика. Переход от терапевтической ситуации, в которой диадический и монологический уровни (частично вербализованные, частично невербализованные) существуют параллельно и одновременно и поддерживают, и подавляют друг друга, — к внешне монологической позиции, в которой задачей аналитика является ассоциирование, размышление о диадической ситуации, присутствующей только в его памяти, привел к быстрой реорганизации психического состояния аналитика. Это видно из данного ретроспективного отчета.

Аналитик очень прямо выразил свое удовольствие даже тогда, когда упомянул о комментариях, которые обеспокоили его тем, что имели смысл подарков. Стиль языка аналитика создает впечатление идентификации с игрой пациента, что позволяет ему реконструировать преимущества, которые достигнуты пациентом. Не высказанная аналитиком мысль, которая у него была в связи с фильмом Варды, была из области его личного опыта, благодаря которому он почувствовал, как убедительно был продемонстрирован гипоманиакальный защитный характер изобре-

тенного пациентом счастья. Упоминание мотива протоязыка подчеркнуло характер этой протоязыковой игры, которая берет свое начало в мире детства и отражает формирование защиты у пациента в настоящем. Продолжая свои фантазии, аналитик снова устанавливает некоторую дистанцию и размышляет о результате сеанса. Затем он распрощался со своим воображаемым слушателем (вместо реального человека, проводившего это исследование) при помощи дистанцирования, которое было вызвано, видимо, не фактическим содержанием его комментариев, а скорее эмоциональным содержанием сеанса. Такое предположение представляется логичным, поскольку аналитик сразу же подумал об этом сеансе — который имел место много лет назад — в ответ на просьбу привести подходящий пример равномерно распределенного внимания.

7.4 Вопросы и ответы

Мы подробно рассмотрели эту тему в контексте *правила контрвопроса* в первом томе (разд. 7.4). Сегодня большинство аналитиков отвергают метод стереотипного возвращения вопросов к пациенту (например, в таких выражениях: «О чем вы думаете в связи с вашим вопросом?» или «Какие мысли приходят к вам в голову, когда вы думаете о том, почему захотели задать мне этот вопрос?»), потому что часто это может оказать антитерапевтическое воздействие, и не обязательно только на серьезно больных пациентов.

Пример

Артур Y, мой пациент, и несколько его родственников конфликтовали по вопросу о наследстве. Совершенно очевидно, будучи в растерянности в отношении того, что делать, г-н Артур Y спросил меня: «Сейчас мне интересно ваше личное мнение, а не аналитическое». Пациент подчеркнул чрезвычайную остроту этого вопроса в связи со своей возрастающей неловкостью и ухудшением своих симптомов. Мои мысли о различии между личным и профессиональным мнением сопровождались сначала чувствами замешательства и небезопасности.

А: Поскольку мое личное мнение, возможно, руководствуется здравым смыслом, наши мнения по этому вопросу, вероятно, совершенно сходны, но моей профессиональной задачей является помочь вам решить вопрос в ваших интересах. Я спрашиваю себя, почему вы хотите, чтобы я опять поддерживал вас в том, что вы уже знаете.

Примечание. Хотя сомнения по поводу здравого смысла иногда вполне оправданны — мы рассматриваем этот вопрос ни-

же, — я сделал замечание о том, что, возможно, у нас сходное мнение, тщательно обдумав вопрос и отнюдь не исходя из своего замешательства. Было ясно, что поведение пациента будет либо усиливать, либо ослаблять конфликт между членами семьи, которые должны получать наследство. Такие простые реакции являются частью здравого смысла. Все же пациент не был уверен, какого направления ему следует держаться, и ему хотелось получить от меня совет, который я не мог ему дать. Тем не менее я еще раз подчеркнул предполагаемые последствия, которые может иметь тот или иной поступок.

П: Это очень нормальная человеческая черта — то, что для меня важно ваше мнение.

А: Конечно.

П: С моими прежними аналитиками у меня всегда было такое чувство: «Не приближайся ко мне слишком близко». Особенно с доктором X у меня создалось впечатление, что, задавая такие вопросы, я нарушаю какую-то границу, будто рассчитываю на приятельские отношения. Может быть, по этой причине я все так неуклюже формулирую, то есть так отстраненно.

Мы говорили о том, что достижение согласия и общее мнение — то есть установление приятельских отношений — приносят удовлетворение. Затем стал ясен тот аспект этого «быть приятелями», который беспокоил пациента в предыдущих курсах терапии. Мы говорили о возможностях смягчения или решения семейного конфликта. Пациенту стало ясно, что последствием одного конкретного шага — некоторой корректировки и затем правильного действия — должно стать продолжение семейной распри. Действуя таким образом, он только привлек бы внимание людей к семейной междоусобице.

П: Мне только что пришла мысль из Шиллера, которую я могу применить к вам: легко давать советы из безопасного укрытия.

А: Да.

П: Все-таки, если я хочу обрести мир и спокойствие, мне нельзя продолжать стрелять. Но ведь я и не могу позволить, чтобы меня застрелили.

А: Но в вас не стреляли и не убили.

П: Задеты мои чувства, я оскорблен.

А: Вы очень оскорблены, потому что вы ощущаете собственную беспомощность.

П: Да, конечно. Мой шурин воспринял это по-другому. Он вообще не волновался. Моя самооценка падает до нуля. Тогда у меня просто нет почвы под ногами, чтобы устоять. Нет предела глубине моего падения.

А: И вот почему для вас было так важно, чтобы я еще раз укрепил ваш здравый смысл, иначе вам бы и в голову не при-

шло спрашивать о моем личном мнении, которое вам так или иначе уже известно.

П: Да, я, конечно, уже его знаю.

А: Что ж, нельзя всегда предполагать, что другой человек обладает здравым смыслом.

Очевидно, ободренный моим комментарием, пациент затем упомянул о сектантском мышлении в психоанализе, но немедленно стал опасаться, что это может меня обидеть: «Я надеюсь, что не задел этим никого, кто для меня так много значит, и не сделал его своим врагом».

Примечание. На этом сеансе произошел поворот к интенсификации переноса, что было облегчено для пациента моим комментарием. Слишком часто в своей жизни он подчинялся другим и, казалось, соглашался с их мнением, но внутренне сохранял свои сомнения, которые со временем возрастали. Спрашивая о моем личном мнении, пациент искал способ доступа к своим истинным потребностям, которые сильнее в нем заговорили во время конфликта о наследстве и которых в себе он боялся.

Просьба о книге

Эрна X интересовалась книгами по психоанализу. Подруга привлекла ее внимание к книге «Les mots pour le dire» («Слова, чтобы высказаться») (Marie Cardinal, 1975). Она была изумлена, когда ее подруга спросила ее, осмелится ли она попросить эту книгу у своего аналитика. С приближением сеанса ее неловкость возрастала. Эрна X сразу же задала этот вопрос, в котором содержалось два аспекта. Я мог воспринять как нахальство ее вопрос о том, есть ли у меня эта книга, которая, по мнению ее подруги, уже распродана, и смогу ли я ее ей одолжить. Тщательно обдумав ее возможное намерение меня задеть, я реалистично ответил на ее вопрос, подчеркнув при этом то, что, учитывая, какие книги стоят в комнате, и то, что здесь нет той, которую ей хотелось, я считаю логичным ее вопрос и совсем не воспринял его как нахальство. Тогда пациентка перешла ко второму аспекту. Одолжу ли я ей книгу и смогу ли подождать, пока она ее внимательно прочитает? Эрна X боялась, что в этом случае я проверю, что же она из книги почерпнула.

П: Я жду, что меня будут проверять.

А: Итак, вам пришлось бы ее читать очень внимательно, чтобы вы были готовы к любому возможному вопросу.

П: Да, я не знаю, действительно ли я хочу ее так внимательно читать.

Я подчеркнул, что я от нее этого не жду и она может читать, как хочет.

Комментарий. Мысли пациентки показывают, какое бы тяжелое чувство ответственности возникло в результате того, что аналитик смог бы действительно одолжить ей книгу. Конечно, это осложнение было бы проработано интерпретациями. Влияние отвержения и сотрудничества на отношения в разных случаях различно, и интерпретировать это нужно по-разному.

Существуют различные способы удовлетворить интерес пациента к публикациям по психоанализу. Мы считаем неверным запрещать пациентам получать информацию из книг о психоанализе. Хотя — по терапевтическим и научным причинам — для аналитика была бы впечатляющей встреча с совершенно наивным человеком, который еще сохраняет свою наивность в лечении, было бы совершенно антитерапевтично тушить возникающий интерес. Проблемы с рационализацией и интеллектуализацией, которые при этом часто встают, действительно трудны, но эти трудности несравнимы с последствиями запрета пациенту читать. Вначале Фрейд, по-видимому, не поощрял чтение пациентами публикаций по психоанализу; однако позднее он ожидал от пациентов, по крайней мере от обучающихся аналитиков и образованных пациентов, некоторой информированности и начитанности (Doolittle, 1956).

Эрна X описала нечто характерное для себя:

П: Мне было ясно, что я задам вам этот вопрос, пока я не села в комнате ожидания. Затем у меня стали появляться сомнения — одно за другим. Так и в других делах. У меня появляются сомнения, что то или это не согласуется. Точно так же обстоит и с моей карьерой. И тогда я пускаю все на самотек.

А: Это снова имеет отношение к нахальству, к тому, как получить что-то для себя, когда вы хотите продвинуться вперед, когда влезаете в мою библиотеку или когда хотите что-нибудь узнать о моих мыслях во время анализа.

П: В глубине души я знала, что вы не очень сердитесь из-за того, что я прошу книгу. Откуда же у меня опасения, что я веду себя нахально?

А: Возможно, так много любопытства накопилось из-за ограничений, которые вы переживали, когда были маленькой. У вас такой сильный интерес, что вы боитесь, что ваши желания могут быть чрезмерными. Тогда стремление получить книгу становится нахальством и недозволенным желанием.

П: Да, это верно. Мое желание получить книгу можно было бы счесть слишком личным. Не было бы никаких запретов, если бы я попросила подругу одолжить мне книгу. Но вы врач — вы особенный, вы тот, к кому я испытываю почтение. Я не все могу позволить себе с вами.

А: Благодаря этому у нас появилось бы нечто общее. Вы хотите приобщиться к тому, что мне принадлежит.

П: Я ни в коем случае не хочу быть навязчивой. Вам придется искать ее, это может вас затруднить. Но у меня не было другого выхода. Если бы я не спросила, я бы осталась с чувством неудовлетворенности.

Затем Эрна X говорила о том, что стало для нее в последнее время бременем, в частности о болезни своей матери.

П: У меня больше обязанностей. Мне нужно больше времени, чтобы заботиться о своей семье. Мне теперь чаще нужна помощь с детьми. Мой муж предложил, чтобы я прекратила терапию. У меня был сон об этом. Я была дома, а вы приехали на машине, чтобы меня навестить. Вы извинились, сказали, что вам придется прервать лечение, потому что вы переработали. Я почувствовала себя польщенной, что вы посетили меня, и не возражала. Я проводила вас к машине и увидела на заднем сиденье двух молодых и привлекательных студенток. Загадочно, что в моем сновидении я приняла предложение мужа, а прервали лечение вы.

А: Все наоборот. Возможно, это выражение вашей обеспокоенности тем, что вы нахальны, когда хотите большего, а я отклоняю ваше желание. Ваше сновидение показывает, что для меня важнее вас другие вещи. Может, это две хорошенькие студентки — они важнее?

П: Да, возможно. Это верно. В конце я оказалась в смешной ситуации, отвергнутая, одинокая, печальная. И вот еще о чем я думаю. Отвержение. Вы были дружелюбны, ни в коем случае не казались холодным или отвергающим, вы не были бесцеремонны, как мой муж: «Да оставь меня в покое», — вы были такой, как всегда. Вы мне что-то объяснили. Я поняла это и приняла, хотя мне это не понравилось.

А: Вы не возражали. Вы почувствовали, что я обратил на вас внимание, приехав навестить вас дополнительно — чтобы вас отвергнуть.

П: Сновидения действительно часто поразительны. Все, что происходит в этом сновидении, — невероятно. Многое забывается. Действительно ли я хотела поехать с вами? Вы так резко уехали.

А: Вы хотели поехать, и в каком-то смысле вы поехали, только не напрямую, а как бы через студенток. То, что вы растерялись и вас не взяли, ужасно для вас, но косвенно вы присутствовали. Возможно, отвержение имело какую-то связь с хорошенькими девушками, которые что-то делают здесь в университете. Вот почему вы так удивились. Вам показалось нахальным желание получить книгу.

П: Да, именно об этом я думала. Я спрашивала себя, будет ли наглостью, если я стану изучать психологию и ходить на ваши лекции. Я очень расстроена, что упустила свои возможности. Я злюсь, когда думаю о том, что выбрала самый простой и безопасный путь в жизни.

А: Да, вы упустили какие-то шансы, но остаются другие, например в вашей профессии.

Комментарий. Следует подчеркнуть, что в конце сеанса аналитик упомянул о положительных возможностях, стимулируя надежды, которые также имеют компонент переноса. Со стороны аналитика было реалистично помочь пациентке увидеть свои будущие возможности в ее собственной профессии.

7.5 Метафоры

7.5.1 Психоаналитические аспекты

В первом томе мы рассматривали значение метафор в связи со спорами о переводах Стрэчи работ Фрейда и говорили о роли, которую метафоры играют в языке теории (разд. 1.4). Как и Арлоу (Arlow, 1979), обративший внимание на то, что в переносе метафорическая мысль преобладает, мы в интерпретациях переноса придаем основное значение прояснению сходств и отличий (разд. 8.4).

Сравнения, метафоры, аллегории играют важную роль в стиле Фрейда, как это видно из размеров соответствующего раздела в указателе к «Стандартному изданию». Он содержит список кратких цитат или случаи своеобразного использования языка, которые имеют прямое отношение к психоаналитическим концепциям. Как показывает этот раздел, Фрейд часто использовал сравнения в качестве иллюстраций к психоаналитической теории.

Метафора — это фигура речи, возникшая в риторике и ставшая в конце концов объектом независимой *метафорологии* (Blumenberg, 1960). Возникающие метафоры особым образом помогают новым идеям приобрести живую наполненность (Lewin, 1971). Метафоры играют важную роль во всех науках, особенно для научных открытий, потому что они связывают то, что известно и знакомо, с тем, что все еще странно и незнакомо. В определенном смысле они помогают сохранять баланс, как это хорошо выражено в афоризме Канта: «Мысли без содержания пусты, интуиция без концепции слепа».

Проблема метафор привлекала многих исследователей после пионерского исследования Ричарда (Richard, 1936). Различные лингвистические и мультидисциплинарные исследования и сим-

позиумы (см.: Ortony, 1979; Miall, 1982; Sacks, 1979; Weinrich, 1968, 1976) демонстрируют, что метафоры являются объектом огромного интереса в гуманитарных науках. Однако в психоаналитической литературе до сих пор недостаточно публикаций, которые эксплицитно имеют дело со значимостью метафор в языке, используемом в теории и на практике (Rubinstein, 1972). В мультидисциплинарных исследованиях почти полностью отсутствуют психоаналитические работы. В 1978 г. Роджерс (Rogers, 1978) опубликовал результаты группы междисциплинарного исследования психоаналитических аспектов метафор, но они вызвали много критики (Teller, 1981), потому что следовали модели разрядки напряжения из области когнитивных процессов. Гёбель (Göbel, 1980, 1986) рассматривал отношения между метафорой и символом, основываясь на различении, которое принадлежит Джонсу, и учитывая более новые публикации по философии и лингвистике.

Чтобы лучше понять значение метафор в психоаналитическом диалоге, следует обратиться к происхождению этого термина.

Для психоаналитика логично вспомнить о процессах смещения. Термин «метафора», заимствованный из древнегреческого языка, изначально имел отношение к особому действию, а именно к перенесению объекта с одного места в другое. Аристотель употреблял метафору как «правильное перенесение» (eu metapherein), как способность узнавать сходство. Лишь гораздо позже это слово стало относиться к фигуре речи. Такое перенесение становится метафорой, когда оно употребляется *фигурально*, а не *буквально*. Метафоры представляют собой переходную стадию просто к использованию символов. Корни их лежат в антропоморфном мире образов и в телесном опыте человека.

Характерной чертой метафор является их смешанность. Понятия «образ», «сравнение» и «метафора» часто употребляются синонимично и в работах по литературе (см.: Köller, 1986). Различие между этими понятиями неполно даже в лингвистике. «Образ» часто служит родовым понятием для метафоры, сравнения и аллегории. Сравнение — это конструкция, которая имеет отношение к образу и содержит слова «как» или «подобно».

Напряжение между сходством и несходством при перенесении с изначального объекта на новый носитель смысла является центральным для понимания метафор. В противоположность сравнению и аллегории, в которых образ и объект могут сосуществовать, во всех метафорах образ занимает место объекта. Поэтому логично предположить, что такое утверждение в диалоге, как «Я чувствую себя *как* увядший первоцвет», выражает более далекую дистанцию и более слабую идентификацию, чем суждения типа «Я *являюсь* увядшим первоцветом», «Я — медуза,

высыхающая на песке», «Я — пустыня», «Я — дикобраз» или «Я — куча дерьма».

Тот факт, что метафоры играют важную роль в психоаналитическом диалоге, вытекает из их промежуточной позиции; прояснение сходства и различий является постоянным вопросом в диалоге (Carveth, 1984). По этой причине Ричард пятьдесят лет назад классифицировал с точки зрения лингвистики и философии явления переноса как примеры метафорологии — области, которую в большой степени обогатили его «концепции». Блэк (Black, 1962) обобщил эти концепции в своей «интеракционной теории метафор».

Если иметь в виду, что перенесение изначально понималось буквально, то представляется логичным, что многие метафоры возникли по аналогии с человеческим телом и ведут обратно к нему. С терапевтической точки зрения поэтому важно снова открывать бессознательные физические исходные точки в образном языке и называть их по имени. Конечно, нельзя надеяться проследить происхождение всех метафор прямо до конкретного телесного опыта. Такая обобщенная редукция, которую отстаивал и объяснял, ссылаясь на истории случаев, Шарп (Sharp, 1940), не соответствует разнообразию метафорического языка. Мы разделяем точку зрения Вурмсера (Wurmser, 1977, p. 472) о том, что метафора является «проводником в бессознательный смысл — таким же, как сновидения, парапраксис (ошибочные действия, оговорки, описки и т.д.) или симптомы».

Поскольку в аналитических диалогах, цитируемых в этом томе, встречается множество метафор и аллегорий, а последующие разделы содержат подробное лингвистическое исследование, мы здесь упомянем только три примера. Мир образов обладает огромным очарованием. Метафоры очень хорошо подходят для использования в качестве приукрашенных описаний конкретных телесных потребностей и чувства стыда, которое с ними связано, поскольку теории и концепции — это не единственные примеры того, как рационализации могут служить сопротивлению. Это также справедливо и в отношении метафор. Поэтому, если эмоции описываются фигурально, рекомендуется фокусироваться на телесных и чувственных источниках восприятия, выраженных в метафорах, и называть их своими именами. Боязнь, что это может разрушить значимые образы или даже творческое основание фантазий, необоснованна; у нас прямо противоположный опыт, а именно: мир образов становится даже более живым и оригинальным, если его связать с исходной точкой аналогии. Конечно, не является просто совпадением то, что промежуточное положение метафор делает их источником борьбы между иконопоклонниками и иконоборцами. Грасси (Grassi, 1979) продемонстрировал, что это предполагает призна-

ние силы фантазий, и поэтому аналитики всегда на стороне иконофилов, то есть тех, кто чтит образы, а не иконоборцев, которые их разрушают. Функцию метафор в психической жизни следует исследовать с психоаналитической точки зрения. Например, негативное метафорическое упоминание о себе самом часто встречается в терапии, и поэтому аллегории, изобретенные пациентами, полезны как индикаторы изменения самооценки.

Аналитик как ирригатор

В начале курса терапии Густав Y описал свой мир как пустыню, в которой выжить могут только скудные и выносливые растения, а впоследствии он сравнил результаты своей терапии с воздействием, которое оказывает на неплодородную почву пустыни ирригационная система, делая возможным развитие богатой растительности. Метафоры, имеющие отношение к растениям, особенно хорошо подходят для того, чтобы представить неприметную сторону развития психических процессов (Kächele, 1982). Все же невозможно просто удовлетвориться тем, что пустыня живет, что радуют изменения, которые продуцируют новую метафору. Для этого пациента было столь же удивительно, сколь и важно, что аналитик спросил его, почему он структурировал свой мир в виде пустыни. Делая это, аналитик полагал, в противоположность имеющимся фактам, что это была не единственная возможность — предположение, которое всегда подтверждается с невротическими пациентами из-за функционального характера их нарушений. Важно было и то, что аналитик спросил пациента, почему тот превратил в ирригатора его. Это определение служило пациенту тревожной защитой от собственных эдиповых и доэдиповых фантазий об удовольствии, связанном с плодовитостью. Как показал дальнейший ход терапии, специфическая форма, которую принял его симптом и его характер, была следствием вытеснения желаний, проистекавших из разнообразных источников, — метафора, которую Фрейд (1905d) использовал для представления своей теории либидо.

Комментарий. Хотя специфические урофильные и урополемичные воспоминания сами по себе не были упомянуты в анализе, в этом случае аналитику было бы полезно иметь в виду теории Кристоффеля (Christoffel, 1944). Как и все человеческое, даже телесные ощущения, связанные с мочеиспусканием, были описаны поэтически. Образный язык поэзии используется для выражения бессознательных фантазий — если прибегнуть к психоаналитическим терминам, которые Фрейд описал в своей теории *психосексуальности*. Шаг от поэтического описания к на-

учному открытию вводит в человеческую природу связи, напоминающие законы природы. Например, в своем известном романе Рабле описал мечты о всемогуществе и урополемичные фантазии Гаргантюа, главного персонажа романа, который мог затопить весь Париж своей мочой. Кристоффель интегрировал такие урофильные фантазии в своей теории психосексуальности. Когда пациент воспринимает себя и свое окружение как безводную пустыню, это частично имеет отношение к вытеснению его импульсов, которые он затем ищет в личности аналитика как ирригатора.

Источник

Когда Эрна X бывала разочарована и чувствовала напряжение, она обычно тихо уходила, чтобы остаться одной и просто поплакать от отчаяния. Теперь она стала способна выражать свои конфликты более открыто, но все еще была беспомощна перед тем, что будет дальше.

Наконец она заговорила о своих резервах. Я подхватил эту цепь мыслей, сравнив ее резервы с источником, который она могла открывать и закрывать. Она превратила его в бьющий фонтан. Пузырящаяся вода стала аллегорией. Эрна X засмеялась и сказала: «Теперь это стало картинкой, дающей массу идей, в противоположность картине пруда с застоявшейся водой. Я больше думаю о себе как о застойном пруде, чем о бьющем фонтане. Для меня невозможно бить как фонтан. Это перекрыто». Сеанс закончился тем, что пациентка выразила удовлетворение тем, что она вернулась к этому источнику и что с аналитической помощью она может делать меньше ошибок в воспитании своих детей.

Я тем более удивился, когда на следующем сеансе Эрна X начала с утверждения о том, что не хотела приходить. Она почувствовала, что оказалась в пустоте. Она ответила на мой вопрос о том, был ли последний сеанс непродуктивным, четким «нет», сказав, что все это дело с фонтанирующей водой просто понесло ее дальше. Такие образные сравнения вызвали в ней очень сильный отклик. Будучи в комнате для ожидания, она все еще думала о том, как пузырится эта фонтанирующая вода. Она описала жизненные силы своей дочери, которая действительно фонтанировала и находилась в прекрасном состоянии духа. Она сказала, что дочь получает полную радость от жизни, ее глаза сверкают от удовольствия, она излучает чувство удовлетворения, и еще она может испытывать ярость. Фонтанирование, как считала пациентка, — это нормальное проявление жизненной силы в детстве. Эрна X вспомнила о своем собственном детстве и ограничениях, которые были на нее наложены.

Я выразил предположение, что это и оказалось причиной, по которой ей не хотелось приходить в этот раз, или хотелось не приходить больше совсем, потому что ее воспитали с представлением, что приходить надо с ясной и определенной целью и только если она уверена, что ей есть что предложить. Ее неловкость возросла, когда мы обсуждали спонтанные высказывания. Я напомнил ей о ее желании дотронуться до моей руки, которое когда-то ее испугало. Чтобы дать ей облегчение, я сказал, что все идеи и фантазии направлены во внешней мир.

Комментарий. Нам бы хотелось привлечь особое внимание к полезному комментарию аналитика, придавшему обобщенный смысл переносу пациентки. Такие действия сужают перенос, что может вызвать негативные последствия, если пациент воспринимает такое обобщение как отвержение. В данном случае результат обобщения заключался скорее в том, что пациентка стала гораздо меньше стесняться того, что она включила аналитика в мир своих фантазий.

П: Я могла бы начать здесь фонтанировать, но пока еще может выплеснуться слишком большой поток, фонтан в полную силу. Это как водопроводный кран, который так крепко завинчен, что чрезвычайно трудно открывать его понемногу. Я не могу думать ни о чем другом, хотя у меня есть и противоположный опыт.

Тогда я дал интерпретацию, что ее мысли о том, как остановиться, может быть, мотивированы ее озабоченностью, что она может думать только о слишком *многом*, а не слишком *малом*.

П: Кран был закрыт. Это так же просто, как и чрезвычайно сложно, потому что, открывая его, я одновременно пытаюсь понемножку поворачивать его обратно. Я стараюсь говорить себе: «Удовлетворись тем, что у тебя есть, и живи с этим». Я не вижу альтернативы.

После долгой паузы Эрна Х задала удивительный вопрос.

П: Вы когда-нибудь отсылали пациента или говорили ему, что больше нет смысла приходить?

В паузе, которая последовала, я мог почувствовать, что пациентка напряженно ждет ответа.

А: Я думаю об этом.

П: Что заставило меня задать этот вопрос? Я могу сказать что. Моя знакомая прошла курс терапии, который аналитик закончил утверждением, что продолжать больше нет смысла. Возможно, подспудно я тоже боюсь, что смысла больше нет.

А: Вас тревожит не ваше обильное фонтанирование, и страх, что вас отошлют, — не потому, что вы мало что можете предложить, а скорее наоборот — слишком много.

П: Если я не буду фонтанировать достаточно, тогда вы меня отошлете, а если слишком много буду фонтанировать дома, тогда отошлет меня мой муж. Я более спонтанна, чем была, — и более резка. Я чувствую, как если бы осталась посередине.

Я согласился с ней, что это и вправду трудность, которая бы могла исчезнуть, если бы она перестала приходить. Сеанс затем продолжался как обычно. Я объяснил, что и для пациента, и для аналитика естественно время от времени поднимать вопрос о смысле продолжения.

П: Если вы спрашиваете меня, хочу ли я достичь большего прогресса или нет, я не могу сразу ответить ясно «да» или «нет».

Она описала свою амбивалентность, приведя в пример собственное желание иметь детей, с одной стороны, и нежелание больше беременеть — с другой.

П: Если у меня будет больший прогресс, что тогда? Это ужасно трудно.

А: Какого фонтанирования вы боитесь? Что это за слабое фонтанирование, которое может превратиться в полное?

П: То, что я не могу продолжать жить при постоянно меняющихся обстоятельствах... Я сделала ошибку, и надо ее зафиксировать. Это невозможно изменить.

А: Вы думаете, что у вас мало влияния на мужа или что это у него мало возможностей для действия? А вы сами пробовали различные возможности, которые у вас есть, чтобы повлиять на мужа?

Пациентка ответила отрицательно.

А: Вы еще многого не обсуждали, и ваш муж никак вас к этому не поощряет. Многое все еще под сверхконтролем, так что нечто вполне реальное кое-где исчезло — ваши желания и ваши фантазии — возможно, у вас обоих.

П: Мне не хочется делать все самой. Я предпочла бы, чтобы у меня был муж, который ведет себя активно.

А: Это естественно — хотеть, чтобы вас больше стимулировали, но, возможно, есть и другая сторона, а именно что вам самой как бы негоже упоминать о некоторых вещах, например о сексе.

П: Да, секс — это как раз то, что контролировать должны мужчины. Это как крутой обрыв: прыгать в воду или нет? Вот это я как раз сейчас решаю. Я ищу выход, чтобы избавиться от этого. Если бы у меня было немного больше времени, я бы кое-что почитала, тогда бы я пришла сюда лучше подготовленной. Но даже тогда сеанс не был бы у меня под полным контролем и кое-где открылось бы это фонтанирование. Если начинать придется мне, я могу слишком сильно раскрыться. Если подождать, то почувствуешь, чего на самом деле хочешь. Мои желания и потребности, видимо, полностью подав-

лены. И не только желания и потребности, но и способности. Я никогда бы не осмелилась сказать, что способна что-то делать. [Долгая пауза.] Я не могу преодолеть это образное сравнение. Я думаю о пруде, о фонтане, который струится и бьет. Но мне не такой хотелось бы быть. Я не хочу стоять здесь и чтобы на меня смотрели, стоять одной, на виду. Я хотела бы остаться внизу в воде и осторожно выглядывать. Я предпочла бы остаться там, в теплой воде. Это ближе к моему стилю.

А: Возможно, это связано с тем, что на образном языке сравнений говорить о фонтанах — выявлении себя, вытекании — означает говорить об индивиде в целом, о его теле. Вот почему вода струится из ртов статуй в фонтанах, сюда же относятся и нимфы, то же с мочеиспусканием. При мочеиспускании человек — источник потока. Вот откуда эта известная маленькая статуя в Брюсселе — Mannikin piss, — где вода вытекает из пениса. Вот что стоит за этими образами.

П: [Рассмеялась.] Я это знаю. Много лет назад — мне было десять или двенадцать лет — мой отец был в Брюсселе и привез оттуда фотографии, и среди них Mannikin piss. Я посмотрела на него, не сказав ни слова. Я думала, что это неважно, но даже тогда у меня, наверное, были вопросы, от которых я просто отмахнулась.

Комментарий. Идея аналитика может показаться притянутой за уши, если оставить без внимания антропоморфизм, содержащийся во всех метафорах. Метафоры и аллегории начинаются с телесных ощущений, которые всегда присутствуют на бессознательном уровне. Это не последняя по важности причина того очарования, которым обладают метафоры. Тем не менее аналитик совершил здесь далекий прыжок. Был ли этот прыжок очень рискованным? Нет, потому что вода и мочеиспускание тесно связаны в бессознательной антропоморфной мысли.

Метафоры «дикобраз» и «колючие цветы»

В приподнятом настроении Клара X вернулась с каникул в горах, которые, как она надеялась, должны были благотворно повлиять на хроническую болезнь ее дочери. Здороваясь, она мне лучезарно улыбнулась, что заставило меня ответить так же дружелюбно. В начале сеанса Клара X издала хрюкающий звук, который я принял за удовлетворение и на который непроизвольно ответил похожим хрюканьем. Это эхо растаяло без всяких последствий.

После некоторого молчания я заговорил об этих двух звуках. Ее дружелюбное приветствие вначале и звукоподражание

создали интимную атмосферу, в которой могли чувствоваться близость и теплота — или мне так показалось. Я вспомнил аллегорию Шопенгауэра о дикобразах, чтобы обсудить тему о том, как регулируется дистанция. Клара X часто так или иначе упоминала дикобраза как метафору самой себя.

Вот сокращенная форма этой аллегории, которая еще раз появилась в самоописании пациентки, причем она не знала о ее источнике:

> Несколько дикобразов сбились очень тесно друг к другу в холодный зимний день, так что тепло, которое исходило от всех вместе, могло бы спасти их от замерзания. Все же вскоре они начали чувствовать колючки друг друга, что заставило их опять раздвинуться. Когда они снова почувствовали потребность в тепле и опять придвинулись, снова повторилась вторая неприятность, так что они шарахались туда-сюда от одного источника страданий к другому, пока не оказались на умеренной дистанции друг от друга, соблюдать которую было лучше всего... Социальные потребности сводят... людей вместе таким же образом, но многочисленные неприятные черты и несносные ошибки отталкивают их друг от друга... И всякий, у кого много собственного внутреннего тепла, предпочитает избегать общества, чтобы никому не давать повода для жалоб и не выслушивать их (Schopenhauer, 1974, p. 765).

Посчитав, что мы немного сблизились, я поделился своим предположением, что эти хрюканья символизируют шаги от ежа к свинье. Однако Клара X сравнила эти хрюканья скорее с криком свиноматки, которая предупреждает своих поросят. Она не ощутила, что звук, который она произвела, выражал удовлетворение, хотя и чувствовала себя достаточно легко. Она сказала, что снова задумалась над тем, продолжать ли терапию и что еще можно в ней достичь. И в самом деле она не могла представить себе, что же дальше. Долгое время она чувствовала, что куда-то бежит, но никуда не прибегает. Хотя она и ощущала себя в гармонии с самой собой, но все же и она сама, и ее отношение к другим были по-прежнему полны противоречий и острых углов. Она чувствовала, что ей бы следовало принять это просто как факт, и спросила меня, считаю ли я, что она сможет как-то изменить свое поведение.

Сначала я сказал пациентке, что разделяю ее сомнения, и подчеркнул трудности, стоящие на пути к изменению. Она снова воспользовалась образом дикой розы, уже возникавшим на одном из ранних сеансов, рассуждая, что мешает ей цвести. Так же давно она описала, как отвергла юношу, который приблизился к ней — как в немецкой народной песне «Sah ein Knab' ein Röslein stehn» («Как-то увидел парень розочку») на основе стихотворения Гёте, — и фантазию, в которой чайка испускала поток экскрементов на мальчика.

Комментарий. Сближение, очевидно, возбудило процессы защиты. Чайка явилась иллюстрацией анальной агрессии.

Удовлетворение собой как женщиной, обладание внешностью, которую другие находят привлекательной, было связано для этой пациентки со смертельной угрозой, отраженной в ее ассоциациях. Она вспомнила об искреннем высказывании, которое я сделал, подчеркнув, что она мне нравится больше, когда чувствует себя более комфортно как женщина, и что это — хорошее чувство, идущее изнутри, оно сказывается в ее фигуре, во всем ее облике. Поэтому я еще выразил уверенность, что она и сама бы хотела и вполне способна достичь большей гармонии в своих межличностных отношениях. Ссылаясь на автобиографические истории больных анорексией, она выразила сомнение, могут ли какие-то фундаментальные изменения внутри действительно оказать влияние на внешние проявления и, наоборот, чтобы, например, аноректичная девушка могла бы примириться со своим состоянием и даже стать счастливой женщиной. Она выслушала, хотя и без веры, те позитивные сообщения, которыми я и раньше с нею делился, об аноректичных пациентках. Она сказала, что будет сомневаться, пока сама не повстречает кого-нибудь исцеленного и не сможет использовать его как ролевую модель. Зная, что такое желание будет непросто выполнить, она продолжит свои поиски ролевой модели, но без какой-либо надежды на успех.

Клара X признала, что у нее иногда бывает ощущение полного счастья — но только на короткие мгновения. Я ответил, что вопрос в том, как можно увеличить долготу, интенсивность и частоту этих мгновений. Описывая их, она использовала исключительно оральные темы и говорила о кормлении ребенка.

Пациентка объяснила, что ей бы понравилось иметь чувство уверенности и безопасности. Затем выяснилось, что для пациентки выражение «доставлять удовольствие» (нравиться) (gefallen) было связано со смертельной опасностью, то есть со словом «пасть» (fallen). Поэтому ее так раздражало, когда я употреблял это слово. Клара X рассказала историю, чтобы проиллюстрировать опасность, которая ей угрожает; сначала она упомянула о ней в шутку: мужчина пытался убедить женщину, что она может, ничего не повредив, спрыгнуть с десятого этажа здания, и сказал, что поймает ее. В ответ на ее недоверчивые вопросы он уверял, что совсем недавно поймал женщину, которая осмелилась выпрыгнуть с двадцатого этажа. Тогда у женщины возникло еще больше возражений, она спросила о повреждениях, которые должен был получить он сам, когда ее ловил. Но он сказал, что с ним ничего не случилось, потому что сначала он дал этой женщине упасть и подскочить.

Ужасный конец этой истории стал смешным благодаря ассоциации с подпрыгивающим мячом. Ироничный тон голоса пациентки превосходно вторил этой истории.

Оба мы немедленно осознали опасность, которая ожидала бы Клару X, если бы она положилась на меня. Ее история выразила то, что могло произойти, если бы она отдалась своим спонтанным потребностям, в том числе желанию нравиться людям.

Комментарий. Довериться кому-то предполагает интимность, и сама только мысль об этом отталкивала пациентку. В такие моменты она могла бы испытать удовлетворяющее чувство насыщения, но это вызывало в ней ощущение опасности. Для нее было невозможно испытывать удовлетворение таких потребностей как счастье, потому что в любом виде насыщение означало для нее уход и, чтобы его избежать, ей приходилось приводить себя в состояние аутархии, то есть в состояние почти полной независимости. То, что постепенно ее сильные желания стали чрезмерными, можно было видеть по той деструктивной силе, которую она приписывала своему голоду в самом широком и глубоком смысле этого слова, а именно: если бы она не сдерживала своего страстного желания жизни и своего стремления, то объект — мир — был бы разрушен. Радикальная абстиненция пациентки была ее попыткой сохранить объект и также — как это ни парадоксально — самое себя. Смешение и единство могут ощущаться бессознательно как деструктивное саморастворение, если преобладают агрессивные влечения. Пост, который предпринимается первоначально по другим причинам, часто поверхностным — например, стройная фигура, — может последовательно превратиться в порочный круг. Фрустрация импульсов насыщения, которая предполагает огромные усилия, ведет не только к потере дифференциации в оральности, если импульсы все же прорываются, но также и к продолжительной стимуляции агрессии. Каждый раз, поддаваясь этим импульсам, пациентка, вместо переживания приятного «океанического чувства» и полного слияния с миром, испытывает страх разрушения объекта или самой себя. Поэтому неудивительно, что для Клары X и ее аналитика оказалось очень трудно изменить форму самосохранения, которая установилась в ее болезни.

Некоторое время спустя Клара X ввела *echinoderms*, то есть морскую звезду, как символ себя.

П: Мне приходится поддерживать внешний скелет, потому что если вынуть скелет из морской звезды, то она растекается как моллюск. Ничего не остается, все растворяется.

А: Тогда логично, что вы надели такой скелет.

П: Да, это так опасно, если у вас нет такого, который нельзя... ничего...

А: ...тогда страшно, что...

П: ...что если убрать внешний скелет, то все, что под ним, просто исчезает. Моллюски.

Аналитик снова говорит о еже.

А: О, ежи имеют внутренний скелет.

П: Но у меня вообще никакого нет.

Комментарий. Нам бы хотелось привлечь внимание к мягкому переходу от одного предложения к следующему. Пациентка продолжила мысль аналитика, и наоборот. Аналитик подхватил новую метафору — *морскую звезду* вместо старой — *ежи.*

Аналитик продолжает задавать вопросы.

А: Откуда появилась идея о том, что вы можете раствориться, если перестанете показывать свой внешний скелет?

П: Из реального опыта. Я могу начать плакать, неважно почему, и войду в состояние полной беспомощности. Тогда невозможно сказать, почему я потеряла контроль. Возможно, это желание быть понятой и принятой в своей слабости, не быть большой и смелой. Это мое желание позволить себе упасть и сказать: «Я не могу больше это делать, делайте это теперь вы». Кроме того, я больше и не хочу мочь что-то делать. Но при этом все, что я встречаю, — это неудовольствие, смущенное участие и странные ситуации: «Боже мой, что случилось?» Это ужасно. Это само по себе плохо, и еще усугубляется другими людьми. Поэтому, естественно, я думаю: «Смотри, теперь ты остаешься одна, наказанная за то, что так по-детски себя вела». Такое часто бывало в детстве.

А: Тогда у вас возникает чувство растворения, как будто вас относит огромным потоком, льющимся откуда-то изнутри вас самой.

П: Да, точно. Именно так: растворение в слезах. Растворение в слезах. Вот откуда это идет. Это часть самой себя или потеря почвы под ногами. Только одно позволяет это все переносить, а именно: если другие люди позволяют мне плакать, принимают меня, тогда это мне больше ни к чему. Тогда я только плачу, столько, сколько мне нужно, и на этом все кончается. Но большинство людей реагирует по-другому, поднимает шум по этому поводу, расстраивается или смущается, пугается и так далее, и тогда происходит именно то, чего я не хочу. У меня начинаются спазмы. Недавно я даже плакала в присутствии своего мужа, и ни его, ни меня это не тронуло. Он, несомненно, правильно все понял, и это позволило мне плакать в его присутствии, не вызывая у него обыч-

ной реакции. Иногда я начинаю плакать так, что не могу остановиться. Именно сейчас, мне кажется, вы не можете меня понять отчасти потому, что вы мужчина и не плакали с четырехлетнего возраста.

А: Но все же я внес свой вклад в выражение «раствориться в слезах».

П: Ну, хорошо. Но это шло от головы. Вот так и мой отец, он всегда стоял вне всяких дел или по крайней мере — да, както над ними.

А: Но это не совсем плохо, если кто-то находится над какими-то вещами в такие моменты.

П: Но у меня нет чувства, что меня понимают. Совсем не понимают в таких случаях, даже дома.

Примечание. Поскольку для меня была очень значима работа с этой пациенткой, ее критика очень сильно меня задела. Конечно, это было своего рода разочарование, связанное с переносом, как показывает ее упоминание о своем отце. Мне пришла в голову утешительная мысль о том, что неизбежна определенная дистанция между тем, кто плачет, и другими вокруг него. Слезы другого человека, даже значимого, — это не собственные слезы, это слезы кого-то другого. Эмпатия, близкая к состоянию, в котором два человека чувствуют себя будто они — один человек, но все же при этом они не образуют *одно* тождество.

7.5.2 Лингвистические интерпретации

На современном уровне развития психоаналитической техники важно составлять точные протоколы анализа и чтобы эмпирические исследования, включая междисциплинарные, проводились с акцентом на том, как аналитики говорят с пациентами и что они говорят. Уже в 1941 году Бернфельд озаглавил раздел своей статьи, которая осталась относительно неизвестной, — «Разговор как модель психоаналитической техники» («Conversation, the model of psychoanalytic technics») (Bernfeld, 1941, p. 290). Однако в последующей стадии развития диалогическая ориентация отступила на второй план. Группа исследований по лингвистике в Нью-Йоркском психоаналитическом институте под руководством Розена (Rozen, 1969) занялась языком с точки зрения функций Эго. Изучение диалогов вошло в новую фазу, когда стала вестись запись и транскрибирование терапевтических интервью.

В междисциплинарном сотрудничестве особенно важно, чтобы участники помнили, чему они обучались; иначе существует опасность, что, например, лингвисты, у которых есть некоторые знания о психоанализе, не будут проводить надлежащее лингви-

стическое исследование, а начнут выяснять, что из себя представляло бы психоаналитическое интервью, если бы аналитики следовали основному правилу психоанализа. «Характер психоаналитической терапии как особого вида вербального обмена (в смысле регулируемого проявления дискурсивной деятельности) выступил впервые как объект специализированного изучения, не говоря уже о том, чтобы его тщательно исследовать, вовсе не в психоаналитической литературе» (Flader, 1982, p. 19). Мэхони и Сайн (Mahony, Singh, 1975, 1979) пришли к сходным выводам, критикуя попытки Эдельсона (Edelson, 1972, 1975) применить лингвистику Хомского для пересмотра теории сновидений.

В лингвистике существуют различные теоретические подходы. Есть теории, которые рассматривают метафору как единицу «языка», вслед за швейцарским лингвистом Фердинандом де Соссюром — который рассматривал язык как знаковую систему, — и другие, рассматривающие метафоры как единицу речи, то есть актуальную «разговорную» структуру языка. Исходная точка теории языка заключается в том, что метафоры являются выразительным средством внутри абстрактной системы языка. Они следуют определению метафоры Аристотелем как сравнения без слов «подобно» или «как».

Теории речи (parole) предполагают как данность, что метафоры возникают в процессе их актуального использования. Одна теория мышления — это теория взаимодействия, в соответствии с которой для метафорического образа не существует соответствующего актуального. Вайнрих полагал, что значимость метафоры является результатом взаимодействия между некоей метафорой и ее контекстом. Согласно Курцу (Kurz, 1982, p. 18), метафорическое значение скорее является актом, чем результатом, то есть конструктивным созданием значения, которое так или иначе происходит на пути через доминантное значение, это движение «от... к...».

Келлер-Бауэр различал два основных способа понимания метафор: «метафорическое использование X, которое можно понять только на основании буквального использования X», и «метафорическое использование X, которое также можно понять на основании предыдущего метафорического использования X, через предшествующие случаи» (Keller-Bauer, 1984, p. 90). Эти формы понимания имеют общее основание. Буквальное общение зависит от конвенционального знания, а небуквальная коммуникация основана на неконвенциональном знании. Именно неконвенциональные мысли имеют значение для метафорического понимания, и осознание таких «мыслей» необходимо для их понимания. «Мы понимаем метафору через такие ассоциативные следствия» (Keller-Bauer, 1984, p. 90).

Эти «ассоциативные следствия» играют значительную роль во взаимной интерпретации значения метафор в диалоге между аналитиком и пациентом, и их можно проследить в формировании симптоматики.

Курц (Kurz, 1982) видел различия между метафорой и символом только в степени. По его мнению, внимание в метафорах направлено на слова, то есть на семантическую толерантность (допустимые значения) и нетолерантность. Стимулируется лингвистическое осознание. Напротив, в символах буквальное значение сохраняется, и стимулируется референт — осознание объекта. Вопрос в том, что происходит, когда мы понимаем текстовый элемент символически. Чтобы прояснить этот процесс символического понимания, Курц различает прагматическое и символическое понимание, рассматривая прагматическое понимание как элементарную форму понимания. В повседневном языке, например, мы задаемся вопросом, каковы причины и мотивы, или каковы отношения между средствами и целями, и, следовательно, каковы эмпирические факты. В символическом понимании проблема в том, чтобы понять значение «за пределами данности», то есть понять, что нож может быть еще и символом агрессии. Символизации подвергается не прагматический эмпирический элемент, но всегда «психический и моральный осмысленный объект в нашем собственном окружении» (Kurz, 1982, p. 75).

Аллегория — это выстроенное сравнение. Словарное определение ее таково: «В то время как простое сравнение связывает две отдельные мысли одну с другой, аллегория расширяет сравнение до независимой связи, как это часто бывает характерно для эпических аллегорий, особенно у Гомера. В противоположность метафоре, сравнение не помещает образ на место объекта, но представляет и первый и второй как соединенные вместе эксплицитной связью» (Brockhaus, 1954, p. 699).

Интерпретация метафор: соотнесение различных образов и референтов в психоаналитическом диалоге

В этом разделе мы представляем лингвистическое исследование психоаналитического диалога, которое демонстрирует, какие лингвистические действия могут быть определяющими в диалоге между аналитиком и пациентом. Нашей целью является описание лингвистических действий; мы не будем строить никаких догадок о том, как в соответствии с правилами должен происходить и интерпретироваться психоаналитический диалог. Текст, следующий за введением, которое делает лечащий аналитик, представлен с точки зрения лингвиста.

Введение. Это лингвистическое исследование сделало для меня гораздо более ясным, что в действительности происходило в диалоге. Обнаружившиеся пространственные и временные связи, в которых используются метафоры, основаны на индивидуальном субъективном опыте и содержат важные лечебные факторы. Пациент приобретает новое отношение к настоящему моменту в результате изучения самого себя с различных точек зрения и в различных точках своей биографии.

Лингвистическое исследование

Артур Y говорит о трудностях, касающихся поощрения и обесценивания. Описывая проблему, он сначала определил, в чем она заключается, а именно: сомнения, которые им овладевали, когда он получал поощрение.

П: Когда кто-нибудь поддерживал нечто, что и для меня положительно — хотя я тоже знаю, что это факт, и все же не могу поверить, — в каком-то уголке моего внутреннего Я я чувствую, что это невозможно...

Затем пациент описал, как он сомневается в себе.

П: Где-то во мне все еще существует нечто, что все время мне говорит: как бы и что бы ты ни делал, это не имеет значения, это ничего не изменит в том, что совершенно ясно для всех, для твоего окружения, для каждого, кто тебя видит: ты просто куча дерьма — лежишь и воняешь. И никуда не деться от этой реальности, этого дерьма, этой кучи дерьма. Тебе даже не удастся прибегнуть к каким-нибудь трюкам или спрятаться за каким-нибудь поступком, внушающим любовь, или за профессиональным успехом. Другими словами, что бы ты ни делал.

Пациент даже позволяет этому «нечто» делать комментарии в прямой речи. Более того, он сначала говорил так, как будто бы это отождествление с кучей дерьма существует только для других, а не для него самого. Все же затем пациент сказал, что он говорит не только с точки зрения другого, но также и со своей собственной: «Рано или поздно каждый, у кого есть со мной хоть какие-то дела, обнаружит, что я только куча дерьма». Затем он использует образ медузы: «В воде она выглядит вполне привлекательной, но стоит ее вынуть и выбросить на песок, как она там лежит просто как комок слизи». Этим пациент закончил свое описание проблемы и сделал еще более долгую паузу. Затем он приготовился продолжать.

Для человека в повседневной речи естественно ожидать, что другой станет задавать вопросы или сделает какие-то комментарии, после того как прослушает некое описание проблемы, вроде: «Это ужасно!» или «Это вас не беспокоит, не так ли?». Аналитик вместо этого ответил необычным образом, высказав следующие мысли: «Да, и этот образ заставляет меня думать об идее, которая, возможно, имеет отношение к вашему образу...» Здесь аналитик использовал понятие «образ» как синоним метафоры. Как было упомянуто выше, термины «образ», «сравнение», «метафора» и «аллегория» часто используются синонимично в литературных исследованиях. Даже в лингвистике не делается четких различений. Например, Вайнрих использовал слово «метафора» для обозначения всех форм лингвистических образов. А «образ» часто используется как родовой термин, подразумевающий и метафору, и сравнение, и аллегорию.

Аналитик эксплицитно имел в виду *картину* пациента, его метафору медузы. Он подразумевал представление о медузе и также то в самом пациенте, что идентифицируется с медузой.

А: ...какое было состояние, пока вы все еще плавали в чувстве, что все хорошо, у вас было чувство, что все хорошо, а именно что вы восседаете на троне. И я могу себе представить, что вы все еще переживаете это огромное унижение, потому что *не* сравниваете это состояние с тем, чем вы являетесь сейчас и чего вы...

П: Да, это проблема.

А: ...достигли, а сравниваете с состоянием восхищения, с состоянием медузы, с состоянием восседания на троне.

Аналитик выделил чувство благополучия, пока пациент (в качестве медузы) был в воде или сидел на троне, то есть до того, как он стал кучей дерьма. В то время как пациент подчеркивал только внешнюю привлекательность, аналитик упомянул о внутренних переживаниях пациента. Следовательно, он расширил использование пациентом метафоры (расширение значения и рамок референции) и в этом процессе изменил фокус (изменение в фокусе внимания). Одновременно он установил связь с более ранним опытом пациента.

Делая эту интерпретацию, аналитик выполнил несколько лингвистических действий одновременно. Нам бы хотелось исследовать одно из этих действий более подробно, а именно — использование языка для обозначения чего-то открывающего новую область для мыслей пациента.

На основании исследования Бюлера (Bühler, 1934) и Элиха (Ehlich, 1979) Фладер и Гродзицки (Flader, Grodzicki, 1982,

p. 174) рассматривали использование деиктических (показывающих) выражений «в связи с определенными сферами референции, которые говорящий каждый раз открывает, чтобы продемонстрировать слушателю нечто специфическое». Они различают три сферы референции: сфера *обозначаемых словами восприятия и времени*, о которых часто говорят при помощи таких деиктических средств, как «я», «ты», «тогда» и «сейчас»; сфера *речи*, которая открывается, когда показывают нечто внутри временной или пространственной организации развития речи или текста при помощи таких средств, как «Сначала я объясню, как...» или «Позднее я разовью...»; и, наконец, сфера *воображения* (или термин Бюлера «фантазма»), использующая такие выражения, как «затем», «впоследствии», «там» (имея в виду воображаемое размещение) (Flader, Grodzicki, 1982, p. 174).

В записанном сеансе, который здесь рассматривается, аналитик открыл сферу восприятия и времени, о которых говорится с использованием личных местоимений «я», «вы» и выражения «при помощи этого образа» и «в этом образе». Он ссылался на сферу речи при помощи выражения «на основании следующих мыслей». Он открыл несколько сфер воображения одновременно, чтобы связать сегодняшние переживания с теми, что были раньше.

В этом аналитическом диалоге можно различить три сферы воображения: во-первых, «раньше» (прежде чем родилась его сестра); во-вторых, «затем» (после рождения сестры) и, в-третьих, «сегодня». Аналитик установил связь между тремя этими сферами выражения и продемонстрировал ту степень, до которой переживания пациента в настоящем определяются «предыдущими» и «тогда». Это действие продемонстрировано в терминах языка отчасти при помощи деиктических выражений «пока», «все еще» и «сегодня».

В рамках своей интерпретации аналитик вернулся к метафоре «трона», которая уже играла свою роль. Для аналитика ощущение благополучия медузы в воде соответствовало чувству благополучия пациента, пока последний был на троне, то есть пока он получал восхищение благодаря тому, что был первенцем (обновленная ссылка на мир прошлых переживаний; первый воображаемый мир — переживания перворожденности, времени восхищения).

Впоследствии, после рождения сестры и после того, как пациент лишился трона, он стал всего лишь кучей дерьма. Потом появилось пренебрежительное отношение к нему из-за постыдного ежедневного пачканья штанишек в детском саду. Временное деиктическое слово «потом» относилось к другому новому воображаемому миру. Используя значение метафоры «куча

дерьма», аналитик выделил одну черту — переживание пациентом пренебрежительного отношения (изменение фокуса).

Аналитик создал референцию к миру переживаний пациента одновременно и в терапии (третий воображаемый мир) в утверждении: «И я могу себе представить, что вы все еще переживаете это огромное унижение, потому что не сравниваете это состояние с тем, чем вы являетесь сейчас и чего вы...» Это подчеркнуло переживание унижения. Аналитик включил и этот уровень переживания в свою интерпретацию метафоры «куча дерьма».

Аналитик показал пациенту, что тот все еще испытывает то же самое унижение, что и раньше (связывая второй и третий воображаемые миры), потому что сравнивает поощрение сейчас («заслуженное» восхищение) с восхищением предыдущего периода (восхищением, связанным с первенством рождения, восхищением «просто так»), тем самым обесценивая поощрение, которое он теперь получает.

Терапевт смог здесь говорить в такой дифференцированной манере — об обесценивании пациента и унижении — благодаря знанию событий. Пациент часто говорил о своих внутренних конфликтах после рождения сестры, отразившихся в симптоме пачканья штанишек, на что его мать и бабушка реагировали презрением, обесцениванием и унижением его достоинства.

Обобщая анализируемую здесь интерпретацию, внутри которой метафора была одним из действий в паттерне поведения «интерпретирование», следует подчеркнуть следующие моменты. Опираясь на переживания пациента, аналитик выполнил изменение фокуса каждой из своих интерпретаций этой метафоры. В то же время он установил связь между различными переживаниями «тогда» и «сегодня». Аналитик обозначил континуум между «сначала», «раньше» и «сегодня» в переживаниях пациента, а затем прервал этот континуум, указав на различия между «тогда» и «сейчас». Этот отрывок показывает объем работы, проделанной терапевтом для того, чтобы уложить все эти образы во взаимосвязанные отношения.

Прояснение символического и живого значения во взаимодействии аналитик — пациент

Артур Y описал свое ощущение предыдущего дня, которое он охарактеризовал как «стабильное, как это ни странно». Это было прямо противоположно его переживанию вечером, когда он обратил внимание на перочинные ножи сына и дочери. Пациент описал неловкость и страх, которые вызвали в нем ножи вечером.

П: И когда, вчера вечером, я обнаружил этот нож, и все началось снова: страх, что я мог бы кого-то преследовать в своей собственной семье, — этот страх сильнее всего, когда думаешь о детях.

Его попытки защититься от этой угрозы — контролировать ее — стали ясны благодаря той упорядоченности, с которой он описал эту ситуацию и свое поведение (тогда, в то время) и упомянул о своих субъективных переживаниях (ужас, напуган). Он попытался определить, какой смысл имел для него нож, рассматривая его на прагматическом уровне символического понимания.

Было подозрительно, что пациент подчеркнул обычность ситуации и способы поведения, показывающие, как он пытается овладеть своими чувствами. И то и другое способствовало дистанцированию от собственных переживаний, чтобы в них не «заблудиться» (признак пограничной ситуации).

Это дистанцирование еще больше усилила аллегория с хомяком, о котором Артур Y подробно рассказывал.

П: Тогда я вспомнил нашего хомяка. Когда я, когда мы сажали его на стул и что-то перед ним клали — ложку или еще что-то, — тогда он толкал это мордочкой и ртом и сбрасывал на пол. На это смешно было смотреть [хихикает]. Очевидно, это его беспокоит. Этот нож точно так же беспокоит меня.

Этим вечером дистанцирование пациенту удалось, что видно из того, как он только упомянул об «этой вещи», сказав, что ему на самом деле нечего бояться.

В следующем фрагменте Артур Y установил связь с «клубком», который уже был темой в терапии. Этот клубок, возможно, действительно существовал на какой-то лестнице. Для пациента он был как-то связан с его агрессией, на что аналитик часто указывал впрямую.

П: Мне было трудно осознать, что у меня тоже есть агрессия.

Он сказал, что, когда до него это дошло, все его чувства — и страха, и реальных возможностей — смешались. Затем пациент развил это метафорой запутанного клубка, которая привела к ассоциации с выражением «распутать клубок», к аллегории или сравнению.

П: Я не могу найти лучшего сравнения, и, если бы у меня было начало нити или другой конец, я бы попробовал размотать клубок — всю эту путаницу, но мне пришлось бы где-то —

я имею в виду, конечно, что у меня есть начало, — мне бы пришлось попытаться с помощью начала куда-то попасть.

Пациент не только эксплицитно описал аллегорию о запутанном деле, ясно указывающую на внутреннюю запутанность пациента, но и охарактеризовал его качества: «Я не могу найти лучшего сравнения». Этот вид эксплицитного описания сравнения или аллегории сам по себе, возможно, указывает на дистанцию между пациентом и его внутренним опытом.

На то, что пациент переживал свои чувства страха как угрозу, надвигающуюся извне, указывает безличность его утверждений: «И тогда это все снова началось, и причина того, что это вызвало у меня такую тревогу, снова где-то замаячила».

Обсудив еще одну тему, Артур Y вернулся к ножу. Он сказал, что на самом деле хотел исследовать эту проблему на сеансе. Он выразил сомнение, что от этого сеанса была польза, покритиковал, но сразу же забрал свою критику обратно. Он не сказал открыто: «Сеанс был потерянным временем», а выразился следующим образом: «А теперь, хотя у меня нет такого ощущения, когда я об этом думаю, что сеанс был потерей времени, — в самом деле нет, хотя я почти так и сказал и теперь вижу, что это не так».

Пациент использовал различные приемы, чтобы взять назад свою критику: (а) разделительное слово «хотя», (б) отрицаемое чувство «у меня нет чувства», (в) возвращение «на самом деле я не» и (г) фиктивное двойное возвращение обратно, выражающее неполное действие: «хотя я почти так и сказал».

Последовала десятисекундная пауза, прежде чем аналитик подхватил тему, начатую пациентом, но заговорил не просто о его критике, а прямо отослал ее к темам «домашнего животного» и «ножа». Он упомянул об аллегорическом значении истории о хомяке, который мордочкой сталкивал все, что его беспокоило, на пол.

А: Вы думали о хомяке, итак, все, что его беспокоило, — что ж, столкнуть это со своего пути...
П: Да.
А: ...спихнуть это с пути...
П: Да.
А: ...все, что его беспокоит.
П: Это так забавно.
А: Гм.

Пациент соотносил историю с хомяком непосредственно со своей личной ситуацией до тех пор, пока это не стало полной

чепухой. Его интерпретация символического значения хомяка была совершенно на уровне прагматического понимания.

П: Ну конечно, я мог взять нож и сломать его, но это глупо. Это не решение. В реальности это совсем не нож, я думаю, и если я его выброшу, тогда — на кухне есть еще ножи — и их можно все выбросить тоже. [Смеется.] И тогда моя жена начнет их искать и скажет: «Черт возьми, где же все ножи?» А я скажу, что выбросил их, и она скажет: «Ты ненормальный!» И мне останется только с этим согласиться.

В следующем отрывке аналитик занялся символическим значением хомяка.

А: Да-да, хомяка ударили, и он убит...
П: Да.

Случаи, подобные ситуации с хомяком, и особенно закалывание домашних животных, таких, как свиньи и кролики, уже несколько раз упоминались в терапии. Эти животные казались пациенту порабощенными и беспомощными существами, которых бьют и убивают. Следовательно, аналитик установил связь этого сеанса с более ранними описаниями (связывание различных сфер воображения). Пациент согласился с аналитиком, но сделал замечания аналитика об ассоциациях с хомяком относительными, сказав, что это было совпадением.

Говоря о совпадении, Артур Y отверг связь, которую установил аналитик. Сначала аналитик согласился, что ассоциация была просто совпадением, но затем сделал относительным свое согласие, сказав «возможно», а затем повторил, что хомяк имел символическое значение, что ассоциация, возможно, и не была совпадением, когда сказал: «Но я ее рассматриваю как совпадение».

А: Это совпадение, да-да, возможно, совпадение. Да, определенно, я бы это так рассмотрел.

Здесь ясно, что, с точки зрения аналитика, пациент не полностью понял то, что сам сказал. Ссылаясь на факт, что хомяк часто играл какую-то роль, терапевт от уровня обыденности продвинулся к «аналитическому» уровню, чтобы прояснить (интегрировать) пациенту то, что было непонятным (неинтегрированным). Отрицая это, пациент попытался еще раз установить связь на первом уровне, что аналитик не принял, настаивая на своей точке зрения.

Отвержение пациентом интерпретации аналитика привело последнего к тому, чтобы начать обсуждение ряда дальнейших

аспектов символического значения хомяка, кролика и ножа, которое пациент принял в ходе взаимодействия, то есть пациент принял аналитический уровень интерпретации.

А: А именно: поскольку вас беспокоят ножи, потому что они означают угрозу и удар, постольку невозможно полностью избежать получения ударов, если человек, так сказать, является морской свинкой...
П: Да.
А: ...хомяк, который сравнялся со всеми этими объектами...
П: О да.
А: Позвольте мне теперь это антропоморфизировать.
П: Да.
А: ...получает удар, падает и не может убежать. Но если дело обстоит иначе, если он — не хомяк, если у него есть сила и, следовательно, чтобы защитить себя, ему нужен...
П: Гм.
А: ...нож, тогда он, естественно, не захочет от него избавляться...
П: Тогда у него будет в них недостаток.
А: Да, тогда у него в них будет недостаток.

Здесь аналитик интерпретировал хомяка как символ вообще, не ссылаясь впрямую на пациента, а используя неопределенное третье лицо. Хомяк символизирует беспомощность пациента; все же, согласно позиции аналитика, беспомощный пациент имеет бессознательные фантазии, в которых у него есть сила, то есть ножи, чтобы защищаться. Следовательно, пациент был не только тем, кому угрожали ножами, но и тем, кому нужны ножи для самозащиты. Аналитик попытался пояснить пациенту, что ножи символизируют как внешнюю угрозу, так и представляют собственные возможности пациента защитить себя, представляют его собственную агрессию (средство навредить другим).

Сделав короткий комментарий: «Тогда у него будет в них недостаток», подхваченный аналитиком, пациент подтвердил интерпретацию аналитика. Пациент вспомнил, как он думал, что не боится, говоря себе: «Ты знаешь, что сам ты и мухи не обидишь. Чего же тогда бояться?»

Аналитик подхватил это направление мысли и соотнес его с сыном пациента. Затем он сделал относительным утверждение пациента, в результате чего стало ясно, что у того не было намерения кому-нибудь навредить, это было лишь «неизбежным побочным эффектом».

А: Вы знаете, что не хотели никому навредить, но навредить кому-то было бы неизбежным побочным эффектом, но...

П: Что вы имеете в виду?
А: Я имею в виду, что вы не из тех, кого порабощают; я имею в виду, что вы, когда вы посылаете Х к черту...
П: Да.

Таким образом, аналитик прояснил, что это идентифицирование пациента с хомяком нелогично, потому что в текущей реальности он не тот, кого порабощают, а тот, кто посылает Х к черту и кто способен думать о «рациональном стирании в порошок» работы своего менее удачливого коллеги.

В последовавшей интерпретации терапевт попытался донести до пациента, что он тот, у кого есть сила и у кого есть способность и желание ранить других.

А: Дело в том, что вы больше не тот, кого притесняют и бьют, но у вас есть сила, и, следовательно, вы можете переворачивать столы, чтобы обида или вред достались другому, а не вам. Переворачивая столы, вы тоже хотите оскорбить другого человека.
П: Да, в точности так — сейчас вы добрались до этого клубка.
А: Гм.
П: Кому-то навредить, да, кому-то навредить, отомстить.
А: Да-да, гм.
П: Было бы хорошо, если...
А: Но именно в тот момент, когда вы мстите, вы делаете кому-то больно, и тогда вы сразу чувствуете... [Пациент засопел.] столы снова перевернуты. Другими словами, вы знаете, как это обидно — наложить полные штаны.

В этой интерпретации аналитик установил связь между тем опытом пациента, в котором его порабощали (тогда), и (теперешней) реальностью, в которой пациент был именно тем, кто сам сильный и кто может или будет переворачивать столы (четвертый воображаемый мир). Все-таки именно в тот момент, когда пациент это понял, столы оказались снова перевернутыми (сегодня), потому что он знает, как это стоять с полными штанами (тогда). Другими словами, он знал, что такое быть презираемым и обиженным. Таким образом, аналитик сложил все символы и метафоры, которые упоминал пациент, в одно связное целое.

После долгой паузы пациент вернулся к клубку (здесь как к блокировке мыслей), который аналитик использовал в следующей аллегории:

А: Да, а куда вы пойдете дальше — может быть, у вас нет уверенности в себе, чтобы идти дальше, теперь, когда вы достигли какой-то цели?

За этим вызовом последовала более долгая пауза, после которой пациент лишь вскользь обратил внимание на свою собственную агрессию. До конца этого сеанса пациент говорил об унижении и агрессии, от которых он страдал, и о своей беспомощности. На сцене снова появился бессильный хомяк.

Таким образом, пациент ввел в разговор определенные эмпирические факты (здесь: нож, хомяк, клубок) и попытался понять значение, которое они для него имели (прагматический уровень понимания). Аналитик упомянул другие виды значения, которые эти эмпирические факты тоже могли иметь для пациента. Он интерпретировал их символические отношения и аллегорически их расширил. В то же время он указал на ограниченность такого символического значения.

Обобщение

Лингвистический анализ выкристаллизовал следующие факты из приведенного текста. Прежде всего, это пациент, который часто в терапии пользовался образами, аллегориями, символами. В противоположность повседневному общению, терапевт и пациент не ограничились прямым смыслом образов, но попытались найти их латентное значение. Другими словами, терапевт работал с пациентом, чтобы раскрыть биографическое значение слов, метафор и образов, знакомых пациенту только на уровне их прямого смысла.

Терапевт помог пациенту понять его собственные комментарии, поместить их в определенный контекст, выйти за пределы их случайной природы и создал биографический континуум между «раньше», «тогда», «сегодня» и «завтра». Он достиг этого при помощи лингвистических приемов, таких, как расширение значения и коннотации, изменение фокуса, раскрытие сферы референции и воображения и связывание различных сфер воображения.

Данное лингвистическое исследование демонстрирует, что в этом диалоге аналитик систематически изучал все комментарии пациента с точки зрения их латентного значения и создал биографический континуум, связав различные комментарии, сделанные пациентом. Это исследование также демонстрирует, насколько продуктивным может быть междисциплинарное сотрудничество.

7.6 Свобода ценностей и нейтральность

Ценности играют важную роль в психоаналитической терапии, которая неизбежно сталкивается с тем, что для пациентов на карту поставлено большое количество нормативных проблем.

Например, как лучше разрешать конфликты, в чем состоит счастье, какие желания приемлемы, а какие нет. Однако само по себе это не предполагает, что аналитик вводит свои собственные нормы в беседу с пациентом.

Фрейд соотнес ценностную свободу психоанализа с научным исследованием, а не с терапевтической сферой:

> Более того, совершенно ненаучно судить об анализе по тому, используется ли он, чтобы подрывать религию, авторитеты и мораль; ибо, как и все науки, он совершенно нетенденциозен и у него есть одна-единственная цель, а именно: прийти к последовательной точке зрения на какую-то часть реальности (Freud, 1923a, p. 252).

Целью Фрейда в этом отрывке было утверждение научной природы психоанализа, вопреки критике как извне, так и изнутри психоанализа. Фрейд чувствовал, что самая сильная угроза научной природе последнего исходит от контрпереноса (см. т. 1, разд. 3.1). В этом предостережении против реакций контрпереноса он использовал в 1914 году впервые немецкое слово «Indifferenz» (безразличие), которое Стрэчи перевел на английский язык как «нейтральность». Поступая таким образом, Фрейд придерживался того понимания науки, которое было характерно для эмпирицизма XIX века. Он придерживался «позитивистской философии» (Cheshire, Thomä, 1991). Согласно этой точке зрения, приобретение знаний должно быть свободным от субъективных факторов, дабы была уверенность, что утверждения соответствуют «внешней реальности». Следовательно, одной из целей этой нейтральности (Indifferenz) была гарантия объективности анализа. Все же этот лозунг невозможно воплотить, как и требование, чтобы аналитик, стремясь к объективности, оставался нейтральным (*безразличным*). Каплан показал, что сам Фрейд не следовал этому идеалу и часто делал нормативные утверждения (Kaplan, 1982).

Несмотря на тот факт, что ценности в психоаналитической терапии имплицитны, в литературе обычно ссылаются на утопические ценности свободной науки, особенно когда речь заходит об аналитической нейтральности. Это происходит в результате глубоко укоренившихся представлений о природе объективности. Ценностные утверждения часто идентифицируются с субъективностью, что делает их рациональное обоснование невозможным. Поскольку не существует каких-либо интерсубъективных правил использования ценностей, которые можно было бы обосновать, свобода индивида иметь собственные ценностные суждения противопоставляется открытому или манипулятивному принуждению принять тот или иной стиль жизни. Все же, если один из аспектов психоаналитической теории заключается в том, что к ценностям так или иначе прибегают даже в «нейт-

ральных» интерпретациях, тогда верно ли, что психоанализ покушается на представление о том, что каждый индивид должен быть счастлив в соответствии со своими собственными желаниями? Или мы можем оправдать свои действия, утверждая, что психоаналитическая терапия не предлагает никаких ценностей, а только помогает людям достигать самоосознания? Часто приводится аргумент, что психоанализ не накладывает нормы, что происходит только самоопределение индивида, и поэтому, например, симптомы рассматриваются только как некое наложение ограничений на самоопределение, что можно преодолеть при помощи самопознания. В соответствии с этой концепцией идеальный аналитик ограничивается пониманием пациента и коммуницированием того, что он понял.

По нашему мнению, оба эти взгляда на психоанализ — либо как на скрытую нормативную манипуляцию, либо как на свободное от ценностей проявление — неверны сами по себе. Терапевтическая и объяснительная функция психоанализа могут быть выполнены, только если признается *относительность* ценностей. Поэтому нам бы хотелось противопоставить две противоположные интерпретации психоаналитической нейтральности: ценную свободу и манипулятивность.

Согласно первому тезису, терапия представляет собой только процесс прояснения. Следовательно, наиболее важные терапевтические средства — это интерпретации, которые являются утверждениями о бессознательных детерминантах поведения. Хотя в этих интерпретациях часто упоминаются ценности, следует отличать описание суждений пациента от той позиции, которую занимает аналитик в отношении этих решений. Между прочим, именно такое различение эмпирических фактов и независимых суждений о фактах интересовало Макса Вебера (Max Weber, 1949 [1904]). Согласно тезису ценностной свободы, аналитики не должны давать рекомендаций по поводу того, как следует разрешать конфликты, но они должны обеспечивать осознание пациентами последствий и причин этих конфликтов.

Противоположный тезис предполагает, что представление о терапии как о предприятии, свободном от ценностей, является само по себе противоречием по той причине, что терапия предполагает некую изначальную констелляцию, которая оценивается негативно, например характеризуется симптомом. Более того, терапия тоже имеет цели, позитивные по своей природе, и обладает средствами осознания этих целей. Согласно этому тезису, невозможно утверждать, что психоанализ свободен от ценностей, и в то же самое время выдвигать максималистское требование, в соответствии с которым то, что бессознательно, должно стать осознанным. Считается, что это требование само со-

держит в себе суждение о необходимости считать бессознательные стратегии разрешения конфликта менее благоприятными, чем сознательные, например из-за последствий в виде симптоматики. Равным образом оправдан тот факт, что автономия индивида также является ценностью, что противоречит идеалу ценностной нейтральности в психоанализе.

Даже сторонник ценностно свободной позиции признáет, что попытка помочь пациенту достичь самоосознания основана на ценностном суждении. Такая позиция утверждает, что в этом — предпосылка терапии, оправдание которой лежит в непредубежденном мнении в том, что симптомы вызываются бессознательными процессами. Более того, утверждается, что существует категорическое различие между постановкой специфических целей и формальным вопросом о том, в состоянии ли индивид принимать решения относительно целей. В этом смысле автономия не является такой же ценностью, как гедонизм или аскетизм, потому что она имеет дело лишь со способом, которым индивиды могут определять свои желания. Например, симптоматическое поведение определяется как душевная болезнь не на основании природы целей индивида, а на основании того факта, что у индивида нет другого выбора, кроме симптома. Существует мнение, что симптоматически зависимое поведение повреждает практическую природу желания (Tugendhat, 1984). Мейсснер (Meissner, 1983) сформулировал серию ценностей, которые, как он считает, отражают суть психоанализа: понимание себя, аутентичность себя, правдивость и желание сохранять верность специфическим ценностям. Он принимает во внимание тот факт, что эти ценности располагаются на уровне абстракции, более высоком, чем конкретные и относительные ценностные решения повседневной жизни. Призыв к непредубежденному отношению, следовательно, необходимо ограничивать конкретными решениями, и надо учитывать нормативную природу ценностей, которые расположены на более высоком уровне.

Идеал преодоления нормативных предубеждений становится особенно шатким, если рассмотреть ту роль, которую в психоанализе играют понимание и эмпатия. Именно в этой связи мы считаем, что аналитику невозможно поддерживать непредубежденное поведение и непредубежденное понимание, если понятие ценностей употреблять в достаточно широком смысле. У нас нет оптимального представления о ненормативном поведении в межличностных отношениях. Даже решение принять на себя статус просто наблюдателя по отношению к другому человеку будет результатом некоторого ценностного суждения, для которого могут найтись лучшие или худшие альтернативы. Если спросить такого наблюдателя, верно ли в конкретной ситуации вести себя как пассивный наблюдатель, то такой вопрос может

заключать в себе глубокий смысл. Отношение без ценностных суждений можно себе представить только в том случае, если аналитик смог бы вообще не вступать в отношения с пациентом; иначе ему не избежать вопроса, соответствует ли его поведение ситуации или нет.

Следовательно, призыв к тому, чтобы аналитик оставался нейтральным, нельзя обосновать идеалом ценностной свободы, точно так же как строгая нейтральность в психоанализе не является гарантией ценностной свободы. Напротив, настаивать на нейтральности — это проявлять совершенно нормативное отношение к терапевтической работе, которое, например, соответствует запрету на идеологическую обработку пациента. То или иное нормативное отношение, возможно, является специфичным для определенных ситуаций и определенных личностей. В психоанализе оно связано с тем фактом, что понимание бессознательного конфликта первично по сравнению с другими интересами. Если аналитик и пациент согласны отдавать предпочтение выполнению этих задач и ценностям, которые с ними связаны, тогда другие ценности и различия теряют свое значение. Естественно, результатом этого является не ценностная свобода в философском смысле, но нечто сравнимое с открытым пространством, которое характеризуется плюрализмом конкретных ценностей. Образование такого пространства, свободного от любых уничижительных коннотаций, имеет очень важное значение для отношений доверия между аналитиком и пациентом. Оно обеспечивает пациенту безопасность, когда ему открываются импульсы и мысли, которых он стыдится или за которые чувствует себя виноватым.

Если возможно сделать системы ценностей пациента и его суждения такими же объектами анализа, как и его взгляд на реальность, то кто установит критерии, по которым можно измерять ценности и реальность? Целью психоаналитической нейтральности является ответ на критику, согласно которой анализ идеологически обрабатывает пациентов, объявляя критерии аналитика истиной в последней инстанции. С другой стороны, предполагается, что нейтральность предохраняет аналитика от принятия необдуманного критерия, который диктуется окружением пациента или который представляет только аспекты Оно или Сверх-Я. Вот рекомендация А.Фрейд о том, что нужно поддерживать равную дистанцию:

Задачей аналитика является привнесение в сознание того, что бессознательно, к какой бы психической инстанции это ни относилось. Он равно и объективно направляет свое внимание на бессознательные элементы во всех трех инстанциях. Иными словами, когда он принимается за работу по прояснению, он отталкивается от точки, которая располагается на равной дистанции от Оно, Я и Сверх-Я (A. Freud, 1937, p. 30).

Предполагается, что объективность аналитика помогает ему избегать односторонности, и поэтому есть смысл говорить о технической нейтральности.

Сходная проблема существует в понимании переноса. Если изучать отношения между аналитиком и пациентом сами по себе, с точки зрения психологии двух персон, и рассматривать перенос как нечто большее, чем биографически объяснимое искажение паттернов отношений, то не существует однозначной точки зрения на эти отношения, поскольку оба участника взаимодействия влияют на «реальность» отношений очень по-разному. Фрейд, а позднее и Хартманн все еще выбирали относительно простой путь некритического принятия реальности здравого смысла как критерия того, что нормально, а что искажено. Поскольку психоанализ стал осознавать относительность нашей реальности (Gould, 1970; Wallerstein, 1973), стало невозможным рассматривать реальность независимо от частных социальных норм и условностей. В этом контексте нейтральность аналитика также стала важным понятием, которое, как предполагалось, должно предостеречь аналитика от того, чтобы делать собственные теоретические и личные предположения основанием для оценки переноса, и от увлечения попытками достичь эмпатического понимания предположений пациента (см.: Shapiro, 1984).

Все же именно неприкосновенность пациента и соответствующая идеология делают понятие аналитической нейтральности все популярнее. Причина этого в продолжающей существовать дилемме, связанной с возможностью оценивать психологические темы с различных точек зрения, а это приведет к очень различным интерпретациям. Хотя, конечно, аналитик и достоин похвалы, если он, как требовал Фрейд, не подчиняется слепо требованиям Оно или Сверх-Я, но все же невозможно утверждать, что поддержание равной дистанции по отношению ко всем инстанциям само по себе гарантирует безошибочность точки зрения. В случае конфликтов «истина» не всегда находится посередине, а может принимать различные обличья в соответствии с той или иной ситуацией. Худо-бедно, но нам приходится признать, что в момент, когда мы преследуем специфическую цель, мы больше не видим других психических механизмов и их бессознательных связей и что попытки решить проблему, избегая определенной позиции, приводят иногда к тому, что мы упускаем из виду важные механизмы. Односторонность является неизбежным следствием нашей работы с бессознательным. Тем не менее удивительно, что многие публикации создают впечатление, что можно избежать любых форм односторонности, если только аналитики продемонстрируют еще больше нейтральности и сами будут еще лучше проанализированы. Такая безграничная

идеализация психоаналитического метода ведет к колебаниям в принятии решений, что сейчас характерно для клинической работы. Скрывающаяся за этим идеологическая тенденция очевидна даже в использовании языка. Достаточно обратить внимание на то, как часто встречаются в психоаналитических публикациях предложения, которые определяют, чтó аналитик должен делать или что такое психоанализ. В результате всякий, кто отрицает эти надлежащие черты (например, быть нейтральным), на самом деле оказывается не аналитиком или действует не аналитическим путем. Таким образом, психоаналитический метод предохраняется от каких-либо сомнений. Именно такие определения психоанализа препятствуют диалогу между психоаналитиками и представителями других дисциплин, и это придает психоанализу репутацию ортодоксальной школы всезнаек. Препятствуют они и тщательному наблюдению и эмпирическому изучению субъективного влияния, которое аналитик оказывает на терапевтический процесс, включая его личное влияние как человека.

Возможно, процесс нахождения адекватной позиции для суждения в психоанализе или для исследования реальности несколько облегчается, если аналитик придерживается нейтрального отношения; но ни нейтральность, ни объективность сами по себе не обеспечивают определенного решения проблемы. Реальность для каждой конкретной ситуации определяется посредством консенсуса между теми, кто в ней участвует. Следовательно, аналитик и пациент должны хотеть, несмотря на сопротивление и на все проблемы, связанные с контрпереносом, позволить другому убедить себя; это условие консенсуса (см. т. 1, разд. 8.4). Социальные контакты каждого из участников, то есть столкновение пациента со своим окружением, а аналитика с мнениями своих коллег, гарантируют, что этот консенсус не разовьется в folie à deux[1]. Консенсус, которого участники достигают в этом процессе, должен пройти проверку в социальном окружении, даже если не удается прийти к единству мнений. Если пациент в анализе отступает от социальной реальности и больше не интересуется консенсусом со своим социальным окружением, возникает опасность ограниченного взгляда на действительность. То же самое справедливо, если аналитик перестает учитывать суждения своих коллег или если профессиональная группа, к которой он принадлежит, отходит от научного обсуждения. В последнем случае folie à deux замещается неоправданной тенденциозностью, в которой участвуют многие. То огромное значение, которое имеет описание случаев в психо-

[1]Безумие вдвоем (*франц.*).

анализе, связано, по нашему мнению, с необходимостью преодоления folie à deux путем достижения межличностного консенсуса.

Тот факт, что эта проблема пересекается с правилом абстиненции, оказывает неблагоприятное влияние на терапевтическую технику. Правило абстиненции основано, как мы объясняли в первом томе (разд. 7.1), на теории либидо. Предполагается, что оно предотвращает удовлетворение в переносе. Как сказано выше, целью правила нейтральности является понимание пациентом автономии и создание пространства, свободного от ценностных суждений. Слово «нейтральность» не передает эти отношения так точно, как оригинальный термин Фрейда «безразличие». Поэтому мы предлагаем заменить термин «нейтральность» понятием «непредубежденное и уравновешенное отношение».

Непредубежденность в терапии уязвима с разных сторон. Она нарушается, если пациент принимает наступательную и спорящую позицию, утверждая свои особые ценности и тем самым возражая аналитику. Это может происходить, например, в случае с религиозными пациентами или пациентами, которые жестко придерживаются какой-либо идеологии. В таких случаях пациент ощущает любую попытку достижения ситуации непредубеждения как отрицание своей собственной иерархии ценностей. И нередко лишь после длительного периода обмена идеями создается общая основа; в некоторых случаях терапия даже идет ко дну из-за отсутствия согласия. Особенно если аналитик пытается навязать свои собственные идиосинкразические ценности пациенту.

Границы безучастности становятся ясно видимыми, если пациент действует внутри или вне терапевтической ситуации таким образом, что лишает аналитика возможности концентрировать внимание на психических конфликтах. За нейтральность уже нельзя поручиться, если пациент становится грубым или злостно невнимательным к самому себе или к людям в своем социальном окружении. Тогда терапевту необходимо устанавливать границы до тех пор, пока пациент сам не будет в состоянии осознать, что его система ценностей искажена, и исправить ее. В связи с этим подчеркивается важность проверки ценностей в аналитическом процессе и ограниченность нейтральности (Heigl, Heigl-Evers, 1984).

Если безучастность, правильно понятую, считать идеалом терапевтической техники, тогда необходимо уточнить, решая какие вопросы и преследуя какие конкретные цели аналитик может оставаться нейтральным или безучастным. Преувеличенная абстиненция столь же несовместима с таким идеалом терапии, сколь и недостаточная дистанцированность от конфликтов паци-

ента. Как это часто бывает с идеалами, критерии установить просто; нейтральность — это определенная позиция в той или иной ситуации, которая характеризуется совмещением противоположностей. Эти полюса можно описать подробнее в нескольких различных измерениях.

1. Открытость — отсутствие предубеждений при достаточной информированности

Аналитик уже отступает на шаг от идеала объективности, когда начинает создавать свой собственный образ пациента. Он неизбежно расценивает какую-то информацию как важную и не принимает в расчет другую как неважную и активизирует предполагаемые паттерны ожиданий и переживаний. Эти паттерны, во-первых, исходят из практического опыта аналитика в жизни и, во-вторых, соответствуют психоаналитическим рабочим моделям пациента (см. т. 1, разд. 9.3). Если эта модель оказывает слишком большое влияние на дальнейший процесс работы с информацией, она может нарушить процесс и привести к предубеждению (Peterfreund, 1983). Следовательно, аналитику есть смысл оставлять свой образ пациента незавершенным и не считать, что он уже знает все, что скажет и почувствует пациент в дальнейшем.

Если намерение оставаться непредубежденным становится идеологией, то аналитик упускает важную информацию и проходит мимо важных выводов. Показательным примером этого является распространенная практика строгого избегания любой предварительной информации до первого интервью. Преследуется цель — избежать каких-либо контаминаций. А достигается то, что пациент встречается с аналитиком, который, как очевидно для пациента, не информирован в отношении важных вещей, например направлений от врачей-специалистов. Это создает искажения в общении, а пациент воспринимает такой отказ от информации как незаинтересованность со стороны аналитика. Это мешает и аналитику составить полное представление о пациенте. Даже если согласиться с Хоффером (Hoffer, 1985) и признать приоритет проработки внутри психических процессов, есть большая разница между тем, когда этот приоритет помещен в контекст знания о социальной реальности пациента и когда он просто вытекает из незнания его социальных обстоятельств. Следовательно, правильно понятый смысл нейтральности — это равновесие между предубеждением и неинформированностью.

2. Осторожность — избегать доминирования, но не впадать в равнодушие

Вопрос об осторожности в проявлении чувств в большой степени совпадает с проблемой владения контрпереносом (см. гл. 3). Здесь мы лишь коснемся проблемы проведения границ. Аналитику рекомендуется проявлять сдержанность в отношении контрпереноса, потому что существует опасность, что он может соблазнить пациента, или наоборот. С другой стороны, слишком равнодушное и объективное отношение к контрпереносу вызывает у пациента впечатление, что аналитика никогда не достичь, не обидеть, не задеть.

Это ощущение может в конечном счете так обескуражить пациента, что он прекратит все попытки доставить аналитику удовольствие — из смирения, а не благодаря инсайту.

Для того чтобы пациент достиг структурного изменения, аналитику необходимо признать за собой человеческие реакции и при этом все-таки выдержать свою профессиональную роль, а следовательно, устоять перед соблазном или перед нападением. В этом отношении необходимо все время создавать равновесие в конкретных ситуациях терапевтического процесса.

3. Открытость ценностям — полная, но не безликая

Фрейд предостерегает от опасности навязать свои ценности пациенту. Эта опасность кажется минимальной, если аналитик и пациент разделяют одни и те же социокультурные ценности. Однако известно, что возможность успеха уменьшается с увеличением расхождения их систем ценностей. Это состояние можно преодолеть, если только терапевт способен, по крайней мере временно, идентифицироваться с системой ценностей пациента; иначе он жертвует возможностью адекватно понимать пациента и помогать ему в рамках его понимания мира. В зависимости от того, насколько гибок аналитик, есть предел, за которым такая идентификация уже невозможна и создается необходимость для аналитика отойти от своего идеала нейтральности (Gedo, 1983). Большой диапазон, в котором некоторые аналитики отрицают пациентов, потому что они «просто не могут» работать с ними, отражает, с одной стороны, мудрое предвидение; с другой же стороны, спектр пациентов, которые не исключаются, очень четко демонстрирует, насколько ригиден или гибок аналитик в отношении своей собственной системы ценностей.

Нейтральность аналитика в отношении своей собственной системы ценностей часто имеет предел в буднях психоанализа. Аналитик неизбежно выдает свое собственное отношение, когда противопоставляет его ценностям пациента. Пациент интерпретирует каждое «гм» в соответствующем месте как подтвер-

ждение своих взглядов на вещи и постепенно начинает требовать этого как чего-то, на что он имеет право. И наоборот, пациент может интерпретировать любое отсутствие «гм» на основании стиля общения как знак скептического отношения и замаскированного отвержения. Хотя аналитик может выразить сомнение по поводу таких интерпретаций, очень трудно убедить пациента, что его восприятие неверно, в частности потому, что восприятие пациента часто интуитивно верно. Чем более естествен аналитик, работая с пациентом, тем больше косвенное выражение его мнения в конкретном взаимодействии.

Гринсон (Greenson, 1967) описал виньетку, которая показывает, как политические взгляды аналитика могут проявиться в паравербальном выражении и заставить пациента чувствовать, что на него оказывают давление. Лихтенберг (Lichtenberg, 1983b) также описывает случай, в котором действия аналитика выражали особые ценности, очевидные для пациента и, несомненно, оказавшие на него влияние.

Выход из этой дилеммы для аналитика напрашивается сам собой — это в принципе свести к минимуму подтверждения, затрудняя этим восприятие пациентом того, где аналитик его одобряет, а где у него есть сомнения или он критичен. Это хотя и дает возможность аналитику лучше контролировать опасность непрямого выражения своего мнения, но и вынуждает его выглядеть формальным по отношению к пациенту, что делает невозможным выполнение им своей функции как объекта идентификации (см. разд. 2.4). Степень эмоциональной вовлеченности, необходимая в нормальном ходе терапии, зависит от личностей аналитика и пациента. Возможно, решающим является не столько глубина нарушений, сколько природа первичной социализации каждого из участников.

4. Быть открытым направлению изменения

Особенно сложны взаимосвязи между аналитической нейтральностью и целями аналитика в терапии. Терапевтические цели необходимо связаны с ценностями, и, придерживаясь этих целей, аналитику проще всего утверждать свои ценности. То, что Фрейд подразумевал конкретные цели изменения, видно из его утверждения о том, что задача аналитика состоит в улучшении состояния и обучении пациента (Freud, 1940a, p. 175). И тут же на одном дыхании он предостерегает аналитиков от злоупотребления этой функцией в стремлении уподобить пациента своей собственной персоне. Клинический опыт показывает, что аналитик легче всего поддается этой опасности, когда знает, что очень близок с пациентом и глубоко ему сочувствует. Ситуация, в которой аналитик косвенно влияет на процессы принятия ре-

шения, обычно совпадает с желанием пациента доставить удовольствие аналитику; поэтому такое поведение может принимать самые возвышенные формы.

Аналитик должен решить для себя, станет ли он определять и затем преследовать конкретные цели или примет их в такой широкой формулировке, что они потеряют смысл. Именно в этом обличье празднует свое возрождение «нетенденциозный психоанализ», единственная цель которого — это «рассмотреть вмятины и выбоины, которые взрослеющий в нашей цивилизации оставляет позади себя» (Parin, Parin-Matthey, 1983), после чего останутся лишь общая цель трансформации конечного анализа в бесконечный и процесс превращения психоаналитического процесса в самоцель (Blarer, Brogle, 1983). Здесь проявляются также идеализация и стремление к неприкосновенности; в очень немногих случаях целесообразен только самоанализ, и последствия его перекладываются исключительно на пациента, — но даже и в этих немногих случаях такое можно сделать только в особенно благоприятной фазе анализа. Самоанализ не является священной ценностью, которой никогда не злоупотребляют и которой гарантирована независимость от социального контекста. Мы молчаливо связываем идеал самоанализа с представлением, что он действительно полезен в каждой индивидуальной ситуации. Конкретное значение «полезности» зависит от критериев, которые и пациент, и аналитик применяют к своей ситуации в жизни. Как правило, сомнения по поводу целесообразности психоаналитического процесса вызваны невротическими проблемами пациента, и аналитик выкажет значительную степень незаинтересованности, если останется безразличным к последствиям аналитического процесса, даже когда они расходятся с интересами пациента.

Даже Хоффер, на которого мы ссылались выше, не устоял перед опасностью отрицания этого сопереживания себе подобному — другому человеку, когда сравнил нейтральность с «компасом, который не показывает, в каком направлении *следует идти*, но помогает нам увидеть путь, по которому мы идем и откуда *шли*» (Hoffer, 1985, p. 791). В этой метафоре нейтральность исключает интерес со стороны аналитика и влияние его на пациента. Сравнение с компасом также напоминает о метафоре, которую высоко ценил Фрейд и в которой аналитик сравнивается с проводником в горах. Аналитик должен много знать, чтобы правильно оценить опасности, которые возникают с самых разных сторон, и способность пациента самостоятельно решать проблемы, иначе не избежать серьезных осложнений. Терапевтический идеал беспристрастия — это не правила поведения, которые ограждают пациента от самоиспытания или заставляют относиться к нему как к ребенку. Однако нейтраль-

ность не может состоять в том, чтобы оставлять пациента один на один с его самоанализом, когда он проходит неудачно.

5. Осторожность в проявлении власти

Влияние власти на психоаналитический процесс редко становится объектом размышлений — это факт, который часто отмечали критики психоанализа. При этом отмечается тенденция аналитиков ссылаться на аналитическую технику, чтобы избежать реальных проблем. Все же возражение, что аналитик вообще не применяет власти, поскольку ограничивается интерпретациями и абстинентным поведением, не проясняет ситуацию. Некоторые элементы поведения аналитика могут играть роль в противостоянии, которое время от времени может возникать между пациентом и аналитиком благодаря тому смыслу, который бессознательно им приписывает пациент. Хорошо известно, что аналитик может использовать интерпретации, чтобы заставить пациента принять определенные условия аналитической рамки. Расхождение между властью пациента и властью аналитика увеличивается в дальнейшем, когда аналитик делает глубинные интерпретации, используя имеющиеся у него знания о бессознательных истинах.

Аналитик может использовать свое молчание как применение силы, а пациент это может так и воспринимать. В благоприятном случае пациент может в состоянии регрессии почувствовать себя удовлетворенным. Аналитику не следует игнорировать тот факт, что отсутствие обратной связи во время долгого периода молчания может привести к многочисленным последствиям: чем молчаливее аналитик, тем более сильным и властным он становится для пациента и тем сильнее реактивация ранних паттернов переживаний (см. т. 1, разд. 8.5). Приятным самообманом для молчащего аналитика было бы полагать, что он ведет себя исключительно нейтрально, потому что никогда не делает оценочных утверждений. При этом не замечается то, что пациент, который очень хочет получить ту или иную форму эмоционального ответа, может с благодарностью принять малейшее высказывание или импульс. Даже то, что аналитик просто открывает в какой-то момент рот, воздействует на пациента в соответствии с невысказанным намерением аналитика. Таким образом, аналитик может, конечно, манипулировать сопротивлением пациента, но не разрешить его в аналитическом смысле. Непостижимость аналитика — это фикция, за которой скрывается неправильное использование силы и власти. По-настоящему непостижим для пациента только неспособный к сопереживанию аналитик, чьи реакции непредсказуемы и непоследовательны.

Злоупотребление властью при намеренном молчании или навязываемых интерпретациях особенно подвергалось критике со стороны аналитической Я-психологии (см.: Wolf, 1983). С другой стороны, обращение к концепции эмпатии не обеспечивает гарантии от неверного использования власти; даже эмпатичный аналитик обладает властью и может ею злоупотреблять. Поэтому если предполагается, что нейтральность — это идеал терапевтической техники, тогда она не может состоять в абстиненции, в молчании или навязывании интерпретаций. Идеальная позиция находится посередине, когда пациент вместе с терапевтом определяет во многом ход вещей, но не контролирует его. Опасность злоупотребить властью значительно уменьшается, если аналитик дает пациенту возможность понять свои технические шаги и вместе с пациентом размышляет о той мере власти, которая в них заключена. Достижение соглашения о распределении власти создает пространство, в котором может разворачиваться аналитическая ситуация.

Пример

Нам бы хотелось проиллюстрировать различные параметры нейтральности, обратясь к примеру из психоанализа тридцатилетнего мужчины. У него было много тревог, связанных с его телом, что приводило к проблемам в партнерских отношениях.

В начале приблизительно 200-го сеанса Норберт Y выразил озабоченность недавними актами терроризма. С одной стороны, он боялся, что террористический акт как-то может коснуться его самого, но при этом он гневно утверждал, что терроризм научит людей защищаться. Он сказал, что повсюду царит безответственность и поэтому жизнь становится все труднее. Загрязнение окружающей среды переходит границы человеческого терпения. В этой фазе я сначала слушал пациента, только задавал вопросы и делал комментарии, чтобы прояснить его слова.

Далее пациент сказал, что вспомнил ситуацию с безответственными водителями, которые не обращали никакого внимания на пешеходов. Иногда ему нравилось выехать с тачкой поперек дороги так, что это блокировало дорожное движение, заставляя водителей ехать осторожнее. Во время его рассказа я снова в основном слушал. Затем он описал ссору со своей девушкой, во время которой он энергично пытался сопротивляться ее попыткам указывать ему, что делать. Пациент описал относительно безобидную ситуацию и свою острую реакцию на нее. Он очень сильно накинулся на девушку, называя ее страшным эгоистичным драконом, говорил, что у нее нет ни малейшего такта. В

этом можно было ощутить триумф пациента по поводу того, что он так успешно себя защитил.

Меня так взволновал его рассказ, что я промолчал, хотя пациент, совершенно очевидно, ждал, что я сделаю какой-нибудь ободряющий комментарий. Тогда пациент пожаловался, что я, вероятно, не поддерживаю его в этом, а принимаю сторону его девушки. Постепенно начиная злиться, он затем пожаловался, что я становлюсь на сторону его девушки чаще, чем на его сторону, хотя он читал, что аналитики должны поддерживать своих пациентов, если действительно хотят им помочь. Однако он почувствовал, что я бросил его в этом вопросе, и добавил, что, может быть, я не тот аналитик, который принимает близко к сердцу интересы пациентов, и что я веду терапию, только следуя инструкциям из какой-то книги.

Я сказал пациенту, что он, очевидно, заметил, как его рассказ о ссоре меня раздражает, и явно обиделся, что я предложил ему так мало поддержки. Я добавил, что в этот момент я, по-видимому, был взаимозаменяем с его девушкой, которую он тоже разнес в пух и прах. Я также стал взаимозаменяем с безответственными загрязнителями окружающей среды и водителями.

Здесь у пациента возникли колебания, и после паузы он сказал: «Сначала я подумал, что вы собираетесь меня вышвырнуть вон, а затем вдруг испугался, что вы действительно собираетесь задать мне жару».

Этот комментарий, в котором объектом его страха было задавание жару, привлек мое внимание, и я спросил его об этом. Он представлял себе, что я хотел его выслушать только затем, чтобы показать ему, как спутанны, тупы и глупы были его мысли. Можно было соотнести эти мысли, которые пациент сам воспринимал как не имеющие смысла и вызывающие смущение, с определенной стороной его отношений с матерью. Он вспоминал, что она его баловала, но и намеренно заставляла чувствовать себя глупым и неуклюжим мальчиком, особенно в присутствии родственников и друзей. Он приходил в ярость в таких ситуациях, начинал плакать и портил все еще больше. Я уже знал эти подробности его биографии до этого сеанса, но только сейчас смог понять, насколько сильны его чувства стыда и беспомощности и насколько велика его потребность так дико действовать, чтобы избавиться от этой беспомощности. Его ссора с девушкой, очевидно, реактивировала эту тенденцию к неконтролируемым реакциям в качестве защитной меры. Когда мы поняли этот механизм, пациент смог восстановить нормальную дистанцию со мной и со своей девушкой, чья самоуверенность его еще огорчала, но уже не сердила.

Этот пример показывает, что мне не обязательно было комментировать политические взгляды пациента и не за это он меня критиковал. В анализе приоритет имеют психические проблемы, а политические ценности отступают на задний план. В начальной фазе этого сеанса особенно бросался в глаза аффект пациента. Было нетрудно увидеть в его комментариях агрессию, происхождение которой в тот момент было неясным.

Рассказ пациента о безответственных водителях и о том, как он брал реванш над такими людьми, отличался от его комментариев в предыдущем эпизоде тем, что в этом случае пациент сделал объектом обсуждения свое собственное поведение. Его поведение противоречило идеалу ответственности. Но он оправдывал это тем, что находился в положении жертвы.

Комментарии пациента о ссоре с девушкой были своего рода усилением предыдущих эпизодов. Снова прозвучала жалоба на безответственное поведение и агрессию, и это привело пациента к выражению острой критики в адрес девушки. Очевидно, что здесь пациент тоже чувствовал себя жертвой и ожидал, что аналитик с ним согласится. Расхождение с идеалом ответственности было здесь так велико, что аналитик был задет и, видимо, больше не был способен эмоционально следовать за пациентом, тем самым лишив его знаков понимания, которые тот ожидал, хотя бы в форме «гм». Поступая так, аналитик перешел границы того поведения, которого ожидал пациент. Можно возразить, что аналитик всего лишь отказался сделать эксплицитно ценностное суждение или принять сторону либо пациента, либо его девушки. Однако для пациента эксплицитный отказ аналитика встать на чью-либо сторону не был признаком нейтральности, в особенности потому, что аналитик уже раньше проявил понимание. Поэтому пациенту пришлось заключить, что аналитик тайно занял критическую позицию в отношении его действий. Следовательно, логично было, что аналитик подтвердил правдоподобность его восприятия (Gill, 1982).

Изменение в поведении аналитика превратило его в глазах пациента в безответственный объект, который он сразу атаковал и обесценил. Здесь важно, что аналитик выдержал эту критику без обиды, но не отчужденно.

Целью интервенции аналитика в этом месте было просигнализировать о своей озабоченности эмоциональными реакциями пациента. Тот факт, что комментарии аналитика были *даже* обидными, остался на заднем плане. К счастью, пациент пошел ему навстречу: он не стал быстро забирать обратно все свои утверждения или защитно их усиливать, но рассказал о новой эмоции, а именно о своем страхе перед аналитиком. И лишь на этом уровне стремление к взаимопониманию возобладало над осуждением поступка, и это позволило аналитику понять страх

пациента и его чересчур острую реакцию как своего рода преувеличенный защитный ответ, который соответствовал его раннему травматическому опыту.

7.7 Анонимность и естественность

Мы противопоставляем поведение анонимного и безличного аналитика его естественному поведению, потому что последнее определенно выражает нечто личное. Мы надеемся, что ориентация на естественное поведение поможет нам разрешить трудности, которые возникают в отношениях между двумя участниками, имеющими различные цели. Эти различия существуют на самом деле, и даже справедливая критика преувеличенной стереотипизации ролей не может их зачеркнуть. В кабинете роль аналитика отличается от его роли вне кабинета, и то же самое справедливо в отношении его пациента. Поднятая тема побуждает нас искать те чувствительные точки, в которых они пересекаются. Встречи вне кабинета, которым мы уделим особое внимание, надо рассматривать в свете аналитической ситуации — и наоборот, то есть определение различных ролей взаимосвязанно. Проблемы, которые возникают у пациентов и аналитиков, когда они встречаются вне кабинета, добавляют еще один ракурс к теме естественности.

«Если есть сомнения — ведите себя естественно» — эту рекомендацию просто дать только в состоянии социологической наивности, потому что вопрос о естественности возникает из *второй* природы человека, то есть из его социализации. Например, опыт показывает, что аналитикам и пациентам трудно непринужденно поддерживать разговор, если им доведется встретиться вне кабинета. Это, скорее всего, связано с различиями, которые существуют между кабинетом психоаналитика и другими социальными учреждениями. Было бы странно, если бы пациент позволил себе свободно ассоциировать на публике, а аналитик подозрительно бы себя вел, если бы отказывался говорить о погоде и планах на отпуск, а вместо этого хранил бы молчание или интерпретировал разговор. Противоположность, ощущаемая ими обоими, усиливается различием в их положении. Пациент не чувствует себя в безопасности, потому что боится, что аналитик использует то, что ему известно из курса лечения, — он чувствует себя смущенным. С другой стороны, спонтанность аналитика ограничена, потому что он думает о том, как это может отразиться на анализе.

Интенсивность контраста между терапевтической ситуацией и иной ситуацией можно выразить в многочисленных формах, поскольку эти формы определяются темами и другими фактора-

ми. Это делает невозможным привести полный список примеров. Признание сложности ситуации является решающей предпосылкой для адекватного разрешения возникающих проблем. Признавая, что этот контраст задевает и его, аналитик облегчает пациенту выбор подходящей роли и ощущение своей независимости в ней, что в свою очередь способствует успешному лечению. Функцию аналитика в терапевтической ситуации можно описать в терминах теории ролей и сравнить с другими ролями, которые аналитик играет в соответствии с другими своими способностями, например в качестве главы дискуссионной группы или политически активного гражданина.

Признание этого разнообразия ролей предполагает контрасты, которые оцениваются пациентом и аналитиком на основании сравнения с тем опытом, который у них есть в терапии, в работе друг с другом. Вот пример на тему естественности: только в конце своей профессиональной карьеры Хайманн (Heimann, 1989 [1978]) обнаружила, что аналитику необходимо вести себя с пациентом естественно. Мы без малейшей иронии говорим об этом как об открытии, потому что Хайманн, у которой как у аналитика никогда интуитивно не было затруднений с естественностью, не могла признать до этой поздней своей публикации, что естественное поведение терапевтически необходимо и поэтому оправданно, несмотря на принятие нейтральности и анонимности. Не случайно у этой публикации было такое запутанное название — «О необходимости для психоаналитика быть естественным со своим пациентом». Этот текст остался относительно неизвестным и только недавно, в 1989 году, был опубликован в Англии.

Правила, исключающие спонтанность и оговаривающие, что аналитик должен поразмыслить, прежде чем реагировать, требуют невозможного. Если аналитик считает, что спонтанность и его профессиональная роль несовместимы, он будет чувствовать себя исключительно несвободно, когда встретится с пациентом в социальной ситуации. В свою очередь пациент захочет заставить наконец своего аналитика действовать или говорить что-либо спонтанно непосредственно в самом анализе или повстречаться с ним лицом к лицу вне психоанализа.

Существует много факторов, которые оправдывают положение о том, что проще признать правило: «Если есть сомнения — ведите себя естественно», чем ему следовать, будь то в аналитической ситуации или вне ее. Нам бы хотелось упомянуть о нескольких поучительных примерах. Так, встречаются аналитики, избегающие своих пациентов. Или, напротив, бывают учащиеся, которые сами избегают встреч со своими обучающими аналитиками. Если все-таки такая встреча происходит, любой разговор, который в результате получается, скорее натянут, чем свободен.

Самой явной неестественность бывает в случае учебного анализа, где предполагается, что кандидаты имеют дело с моделью чистого и нетенденциозного анализа. Уже давно известны неблагоприятные последствия отношений учитель—ученик, в которых мастер избегает даже профессионального общения, например на семинарах по технике. К счастью, всегда существуют некоторые возможности что-то изменить. Всякая непротокольная встреча с обучающим аналитиком имеет функции деидеализации и очень запоминается. Впрочем, весь вопрос в том, можно ли верить всем историям, которые рассказываются позднее. Стоит задаться вопросом, почему спонтанные комментарии аналитика, которые посторонний сочтет совершенно банальными, могут занять почетное место в памяти кандидата и почему многие глубокие интерпретации тают в забвении. Все исключительное занимает особое место в нашей памяти. Например, *одно-единственное* прямое поощрение, которое получает анализируемый в анализе, становится чем-то уникальным.

Согласно Клауберу (Klauber, 1987), спонтанность аналитика необходима для того, чтобы дать пациенту возможность уменьшить или сбалансировать *травмы*, полученные в переносе. Все же если естественность аналитика, которую мы приравниваем к его спонтанности, имеет компенсаторную функцию, то сила травм частично зависит от аналитика и от его понимания правил. Проблемы, которые возникают во время общения вне офиса, тем больше, чем старательнее оба участника избегают естественного поведения во время терапии.

Признание многообразия ролей, которые играют пациент и аналитик в обществе и в личной жизни, может повысить переносимость различий. Поэтому очень существенно развивать у обучающихся неусложненное отношение к различным ролям, которые они будут играть в профессиональной жизни и вне ее. Естественное поведение аналитиков, которое воспринимают кандидаты внутри и вне психоанализа, поучительно и развивает толерантность к разным ролям. Мы исследовали изменения в системе психоаналитического обучения с этой точки зрения и пришли к тревожному выводу. Даже в 1940-х годах часто бывало, что аналитик и анализируемый менялись ролями, и играли самые разные роли. История самого известного пациента Фрейда — Человека-Волка — полна сложностей и запутанных положений, в которые были вовлечены Фрейд и многие из его учеников (Mahoney, 1984). Смешение ролей, которое практиковала Мелани Кляйн, было не менее разнообразным (Grosskurth, 1986). Похоже, такое разнообразие ролей играло большую роль в 1940-х годах, особенно при формировании различных школ. Многие из обучающихся аналитиков в то время были вовлечены в пугающее смешение личных, профессиональных и ин-

ституциональных интересов. Теперь уже, оглядываясь назад, просто понять, что возникали реактивные образования, которые после такого опыта «человеческого, слишком человеческого» поведения переходили в противоположную крайность. Мы слишком мало уделяли внимания этой стороне развития психоаналитической техники в соответствующих разделах первого тома (гл. 7 и разд. 1.6, 8.9.2). Горький опыт многих аналитиков внес свой вклад в неожиданный переход от разнообразных ролей к стереотипным. Как только начали формироваться школы, их приверженцы всегда становились менее терпимыми к отклонениям, чем их учителя. Реактивно придерживаясь фиксированных предписаний, крайне просто сочетать такого рода идеализацию с интересами профессиональной политики каждой группы.

В стереотипной роли безличного аналитика была утеряна естественность. Хотя этот подход и позволил избежать большой путаницы, но идея перехода к анализу чистого переноса, свободного от любых внешних влияний, оказалась утопичной. *Травмы*, явившиеся результатом *стереотипизации* ролей, заместили проблемы, которые возникали в результате *смешивания* ролей.

Эта дихотомия требует третьей возможности, которую мы описывали много раз в первом томе, в особенности когда рассматривали расширение теории переноса. С точки зрения теории ролей задачи аналитика предполагают, что его роль некоторым образом определена, и это оказывает практическое влияние на терапию, что известно пациенту. Пациент снимает покровы со своего мира в офисе аналитика, включая и те роли, которые он играет, и те, которые для него естественны, и те, в которых он искренен, и те, в которых он фальшив, и те, в которых он может найти путь к своему истинному Я. Самоосознание, а еще больше поиск истинного Я завораживает, потому что именно последний относится к сфере неограниченных возможностей или скрывается в пока еще бессознательных, предварительных формах собственных целей в жизни. Сценарий сновидца содержит чуждые, добавочные и желаемые репрезентации себя. В аналитическом кабинете воплощаются именно эти, все еще не рожденные, бессознательные предвосхищения. Пациент знает из своего собственного опыта, что и аналитик тоже чувствует себя свободно во многих ролях и может отвечать на определенные роли, которые предлагает пациент, и реагировать на них эмоционально. Пациент «тормозит» действие, чтобы испытать способность аналитика к сопереживанию. Если естественные реакции отсутствуют, перенос может увянуть, так и не распустившись. Это уникальное состояние позволяет анализируемому совершенно безопасно осуществлять свои испытываю-

щие действия. Условием этого является то, что аналитик поддерживает его и предлагает ему роли, которые соответствуют бессознательным запросам пациента (см.: Sandler, 1976). Профессиональные ограничения, налагаемые на отношения между пациентом и аналитиком, становятся символом *границ*, каковые также обеспечивают *безопасность*. Ограниченное пространство кабинета аналитика можно уподобить защищенной естественности.

Открытые вновь спонтанность и естественность означают, что пациент может узнать от аналитика и о нем больше, чем ему уже известно о чувствах и мыслях последнего из интерпретаций. С точки зрения аналитика, пациент узнает себя именно из интерпретаций, и по этой причине мы считаем исключительно важным, чтобы пациент осознавал более широкий контекст, частью которого являются комментарии, утверждения и интерпретации аналитика. *Аналитику терапевтически важно посвящать пациента в контекст и раскрывать и обосновывать то, что привело к той или иной интерпретации.* Это следует отличать от тех случаев, когда аналитик делится с пациентом своим контрпереносом. Чем меньше пациент знает о контексте, тем сильнее разгорается его любопытство, побуждающее его узнавать как можно больше об аналитике как личности. К несчастью, лишь совсем недавно пациенты заставили нас осознать эти игнорируемые, однако легко разрешимые проблемы психоаналитической техники (см. также разд. 2.4). С этой позиции существует достаточно простой ответ на вопрос, чтó пациенту можно узнать в кабинете об аналитике как о личности, что способствует его познанию себя и не мешает этому. Благодаря естественности аналитика пациент узнает соответствующие факты о самом себе. Даже промахи могут стать отправными пунктами для открытий, потому что выполнение некоторых условностей бывает противоречиво само по себе, так же как и приравнивание их к естественным реакциям. Ясно, что спонтанность и естественное поведение аналитика могут находиться в пределах кода социально принятого поведения или выходить за его рамки. Последнее, по-видимому, является тем случаем, когда возникает специфический контрперенос. Рекомендация «если есть сомнения — ведите себя естественно» ориентирована на правила общепринятого социального поведения, соответствующие здравому смыслу.

Следовательно, аналитик будет вести себя естественно в своем кабинете и во время случайных встреч вне его, если он в своей личной манере структурирует ожидания, связанные с его различными ролями. При этом все еще остается много места для спонтанности в ответ на определенные состояния пациента. Богатый источник психоаналитического знания иссякнет, если аналитик примет анонимную стереотипную роль.

Нам бы хотелось пояснить свои комментарии, приведя два примера. В первом мы описываем, как пациентка подарила букет цветов своему аналитику. Хотя мы ни в коем случае не отрицаем правила принципиально не принимать подарков, мы убеждены на основании своего опыта, что такой отказ часто мешает аналитику узнать истинный смысл подарка. Отвержение и осуждение могут возыметь последствия, которые будет очень трудно исправить (см.: Van Damm, 1987; Hohage, 1986). Принятие цветов, естественно, влияет на аналитический процесс, но важнее то, какая форма поведения оказывает более благоприятное влияние в каждой отдельной ситуации и какие критерии следует использовать аналитику, чтобы принять решение.

Во втором примере мы описываем встречу вне аналитического кабинета, но в том же здании. Было бы легко найти еще много подобных примеров. В больших городах многие анализируемые принадлежат к тем же самым социальным слоям и профессиональным группам, что и аналитик, и, следовательно, встречи между пациентом и аналитиком на каких-либо культурных мероприятиях могут часто происходить даже в больших городах. По нашему мнению, естественно, что при таких встречах возникает чувство небезопасности.

Первый пример: цветы

Амалия X держала в руке букет цветов, когда здоровалась со мной.

П: Может быть, это не очень оригинально, но вот такое мне пришло в голову!

Я принял цветы, заметил, что им нужна вода, и поставил их в вазу. Конечно, было шуршание бумаги, движения, короткие комментарии — все, что происходит, пока цветы не развернуты и не найдена подходящая ваза.

П: Они здесь неплохо смотрятся; я хорошо их связала.

А: Цветы прекрасные.

Пациентка объяснила, что у нее возникла эта идея накануне вечером и что как раз перед сеансом она сама получила цветы, которые снова заставили ее подумать об этом.

П: Я спросила себя, не будет ли лучше, если я пришлю вам их домой.

Однако добавила, что эта мысль, возможно, была просто чтобы как-то оправдаться.

А: Были другие, более важные причины.

П: Я подумала, что мне придется пройти амок. [Она засмеялась и поправилась.] Нет, как сказать — пройти сквозь строй? [Снова засмеялась.] Да и не надо впадать в ярость, кричать «амок» и проходить сквозь строй, просто прислать их вам до-

мой — это было бы более благоразумно и — ах, я не знаю, может быть, я не захотела быть такой благоразумной...

Она сама обнаружила, что цветы «просто вобрали в себя то, что произошло за выходные, поэтому я не знаю наверняка, что они значат». Она сказала о связи с цветами, которые сама получила незадолго до сеанса. И она упомянула о том, что ее навестил знакомый, который был студентом и знал меня.

П: И он говорил о вас с точки зрения студента, и это меня както ужасно задело, потому что я вдруг узнала о вас что-то — не так много, но все же... Несмотря на свое огромное любопытство, я никогда не слышала много о вас. Вы никогда не покидали вашего места, и цветы могут оказаться чем-то типа, ну, не могу сказать...

Примечание. Амалия X забыла, что хотела сказать, и я отметил, что напряжение ушло. Я полагал, что она столкнулась с сопротивлением, видимо, потому, что обо мне было сказано что-то критическое. Я обратил ее внимание на то, что она лишь очень кратко передала слова этого студента. Выяснилось, что молодой человек спросил, смогла ли она установить со мной контакт; он сказал, что ему это не удавалось, потому что у меня недостаточно прямые, слишком церемонные манеры.

П: И тогда у меня возникло чувство — сегодня с цветами, — что это своего рода компенсация. Или нет, это не то слово. Когда мой знакомый это сказал, это меня не тронуло, потому что у меня часто возникало такое же чувство. Иногда у вас фразы прямо бесконечные. Мы говорили об этом только два сеанса назад, но иногда я задаю себе вопрос: «Почему он намеренно хочет показать мне, что я не могу думать?» И каким-то образом это было компенсацией за эти годы... Долгое время я считала, что вы пытаетесь доказать мне, как сложно и многогранно вы можете думать, и оставляете на мое усмотрение, следовать за вами или нет. И в тот момент, когда этот студент сказал, что воспринимал это так же, и даже осмелился назвать это «церемонным», это прозвучало для меня, естественно, как облегчение. В то же время я подумала, что кто-нибудь должен остановить этого противного мальчишку, чтобы он больше так не говорил [смеется].

Потом пациентка говорила о своих переживаниях по поводу разнообразных знакомств, которые у нее появились через газетные объявления, и как это все ее смущало.

П: Хорошо, так или иначе, все, что я делаю, кажется, срабатывает, и, возможно, чтобы все это поддержать и гарантировать, связав с вами, я и купила цветы [смешок]. Да, кажется, одно к другому имеет отношение. Да, я верю в такой заветный талисман. Вот видите, на что вы сгодились — прямо сейчас.

А: Как вы сказали минуту назад, предполагается, что цветы должны положить конец смущению.

Затем пациентка рассказала мне о другом эпизоде, который ее смутил, когда предполагалось, что она должна подарить цветы другому мужчине.

П: Я, естественно, хотела подарить цветы С., но дистанция была слишком большой, во всех смыслах. И вот — вы сгодились как замена ему. Это не очень хорошо. [Короткая пауза.] Я вас обидела? [Короткая пауза.] Ах да, конечно, я не получу ответа.

А: А что может меня обидеть — то, что дистанция слишком велика или что я кого-то подменяю?

П: Вас могло обидеть последнее. Я же обижена тем, что С. недостаточно близок. [Долгая пауза.]

А: Цветы уменьшают дистанцию со мной.

П: Иногда вы что-то вынимаете у меня прямо изо рта и в то же самое время это нейтрализуете. О, это вызывает разные — то есть всегда два чувства. С одной стороны, это настраивает против вас, а с другой — очаровывает.

А: Да, потому что вы воспользовались цветами, чтобы самой это нейтрализовать. [Короткая пауза.]

П: Кого или что?

А: Амок. [Пациентка смеется.]

<u>Комментарий.</u> Этот намек вызвал удивительный поворот в разговоре. Пациентка была в состоянии внутреннего напряжения до того, как подарила аналитику цветы, бывшие причиной ее оговорки. Страх, что ее будут критиковать, выразился в ее мыслях о том, как проходят сквозь строй, но она против этого подчинения боролась и закончила все это амоком. Значит, многое было связано с цветами, еще задолго до сеанса. Если бы аналитик их дружелюбно не принял, то этот поучительный диалог никогда бы не произошел.

П: Приходится смеяться, потому что я считаю, что очень редко делаю оговорки. Я думаю, что редко доставляю вам такое удовольствие, мне даже не надо двух рук, чтобы подсчитать сколько, это не так уж много за четыре года... Ясно, что не все так просто с цветами, но — ладно. В комнате ожидания я сказала себе, что отдам их секретарше. У меня было такое чувство, что вы разозлились. И поэтому мне в свое оправдание пришлось сказать, что идея не очень оригинальна. У меня такое чувство, что это нескромно — ох, что-то обнажает, — надо было принести их вам домой, с визиткой и перчаткой. [Одновременно засмеялась и вздохнула.]

А: Почему вы считаете, что это не оригинально?

П: Ну, мне придется кое о чем сказать. Больше всего мне хотелось просто вам лучезарно улыбнуться [засмеялась]. Ну, наконец-то я это хотя бы сказала.

А: С цветами, чтобы показать мне вашу лучезарную прямоту, то есть что приняли решение ответить на объявление в газете.

П: Да, речь идет именно об этом, потому что то, что я испытала, особенно за последние несколько дней, а также и за последние несколько лет, — то, что я ужасно боялась делать, что — если бы я это тогда сделала — это всегда помогало мне делать следующий шаг... и если бы я не была здесь, я бы на самом деле не сделала бы многого.

А: Да, я очень рад за вас и благодарю вас за то, что вы об этом упомянули, и рад, что мне удалось немного помочь вам сделать то, что вы хотели сделать.

Комментарий. В конце сеанса аналитик поблагодарил пациентку в контексте, который предполагал поощрение и подтверждение. Это был предварительный итог этой интерпретативной работы.

Второй пример: встреча вне кабинета

Когда пациент и аналитик встречаются вне кабинета, каждому нелегко вести себя естественно, в соответствии с ситуацией или непринужденно разговаривать. Диалог в кабинете слишком интенсивен и слишком необычен по своей природе в глазах обоих, чтобы суметь просто войти в другую социальную роль. Мы рекомендуем признавать эти трудности, и, по нашему опыту, это может оказать освобождающее влияние и на пациента, и на аналитика.

Эрна X прошла мимо меня в здание; я стоял вместе с группой мужчин. Сначала она подумала, что это швейцар, потому что на мне был голубой костюм. Эта мысль ее изумила, и появилась неуверенность в том, что она сможет пройти мимо этой группы мужчин. Дальше сжато приводятся ее самые важные ассоциации.

Она сказала, что господин Z, швейцар, очень дружелюбен, в отличие от многих людей, которых она встречает в здании. Необычно, чтобы кто-нибудь поздоровался. Может быть, сотрудники считают, что им не разрешается смотреть на пациентов. Дамы и господа, чьи кабинеты находятся наверху, проходят обычно мимо вас с мрачным, сонным, мечтательным или рассеянным выражением лица, несут книги. Дружелюбие швейцара совершенно очевидно контрастировало с их поведением. «Мо-

жет быть, поэтому вы у меня ассоциируетесь с этим швейцаром, ведь он единственный дружелюбный человек в здании».

Следующей темой была ее двойственная роль как женщины и пациентки и как с ней в зависимости от этого здороваются. Как пациентка она здоровается с врачом, но как с женщиной с ней должны здороваться первыми. Моя интерпретация относилась к ее ощущению небезопасности в этих ролях. «Вы — пациентка, которая скромно здоровается, или женщина, которая ожидает, что прежде поздороваются с ней, и которой приятно, когда люди обращают на нее внимание. Внимание, выражаемое в повседневной жизни тем, что мужчины здороваются с женщинами». Пациентка вспомнила эпизод из своего детства и что в детстве ей приходилось здороваться первой. «Для моей бабушки было очень важно, чтобы люди считали меня очень дружелюбным ребенком». Я интерпретировал это, объяснив ее гнев тем, что она была слишком исполнительной, что в свою очередь повышало ее чувство небезопасности. Я также упомянул о том, что она, вероятно, торопится поздороваться сама, чтобы избежать ситуаций, в которых сначала должны поздороваться с ней. Следовательно, она не давала возможности врачам-мужчинам обращать на нее внимание и выполнять ее желания. Она согласилась, что избегала таких неловких ситуаций; она сама надевала пальто и никому не позволяла ей помогать, чтобы избежать смущения.

Затем у нее всплыли воспоминания подросткового возраста. Ее смущало, когда ее отец или дядя помогали ей с пальто. «Такое чувство, что за вами наблюдают. Он держит пальто, а я в него не попадаю. Если вы будете держать пальто для меня, я буду волноваться и, естественно, запутаюсь. Это проявление внимания, которое меня раздражает». Она предпочитала оставлять свое пальто в машине, чтобы избежать проблемы с одеванием и сниманием его снова. А в этот день она пошла бы другим путем, если бы знала, что ей придется проходить мимо меня. Я соотнес предыдущий ролевой конфликт с теперешним в следующей интерпретации.

А: Вы не хотели, чтобы окружающие смотрели на вас как на сформировавшуюся молодую женщину. Это подразумевало бы ваши желания. Желания, которые в широком смысле связаны с одеванием и раздеванием, с тем, что вас видят и уделяют вам внимание, восхищаются вами.

П: Я до сих пор чувствую себя маленькой девочкой.

Тема одевания и раздевания уже звучала на предыдущей неделе. Пациентка вспомнила, что несколько ночей подряд думала о некоей сцене в тот период, когда мы говорили о ком-то, кто помогал ей с пальто. Ее тетка и дядя часто навещали их семью, а она ложилась спать рано. Однажды случилось так, что дядя вошел в ее комнату, не постучав. Она была раздета, почти об-

нажена. Чтобы успокоить пациентку, я сначала заговорил о роли ее дяди.

А: Возможно, ему было любопытно. Это не было простым совпадением, да?

П: Это было так противно. Он немного выпил. Все это было так неприятно. Я не могла ничего сказать, потому что я была маленькой девочкой, которую не должны беспокоить такие вещи.

А: Если бы вы пожаловались, то вы тем самым дали бы понять, что вы больше не чувствуете себя маленькой девочкой, а чувствуете себя молодой женщиной, которая осознает свою эротическую привлекательность. Если бы вы пожаловались, это стало бы очевидным.

П: Он бы сказал: «Чего это ты?» А мои родители сказали бы: «О чем ты думаешь? Что за грязные мысли у тебя?» Этот дядя всегда отпускал шуточки, и предполагалось, что я не должна смеяться. Если бы я рассмеялась, он бы сказал: «Почему ты смеешься? Ты ничего этого не понимаешь». И я перестала хотеть смеяться. Мне все еще приходится переживать эти два момента.

Она перешла ко всякого рода трюкам, к которым ей приходилось прибегать, чтобы помешать дяде войти в ее комнату.

Перед одним из следующих сеансов была похожая сцена вне моего кабинета. Я увидел, как пациентка выходила через главный вход, и был впереди нее на лестнице. Чтобы избежать того, чтобы вместе пройти несколько лестничных пролетов, я вошел в кабинет коллеги, с которым я и в самом деле хотел кое-что обсудить. Моя реакция была и рефлекторной, и намеренной. У меня было предсознательное намерение избежать осложнений, которые часто возникают в ситуации, когда надо идти вместе. Предыдущую сцену я забыл.

Пациентка подумала, что я быстро вошел в комнату коллеги ради нее, чтобы спасти ее от неловкой ситуации. В какой-то момент я заметил, что не помню о сцене с этим швейцаром, которая была давно. Я сказал ей, что действительно мне надо было что-то обсудить с коллегой, и все же добавил, что и для меня непросто справляться с проблемами, которые возникают вне кабинета. Я сказал, что мне тоже было несколько неловко и что ситуация была странной, потому что, если бы произошел короткий разговор, он очень отличался бы от аналитического диалога, но не сказать ничего также было бы очень неестественно.

Этот комментарий дал пациентке большое облегчение. Даже для меня, аналитика, объективно, как она выразилась, было непросто решить эту проблему. Пройти молча мимо противоречило бы принятому социальному поведению. Вместо этого было бы достаточно естественно поздороваться и обменяться несколькими-

ми словами. Я добавил: «Вот и я так же чувствую себя в этой ситуации, но все же не стоит так поступать. Почему бы нам просто не пройти вместе, ничего не говоря?»

7.8 Аудиомагнитофонные записи

Вместо того чтобы конструировать идеальный психоаналитический процесс, такой, как у Эйсслера (Eissler, 1953), единственно для того, чтобы привести теоретические аргументы о приемлемости тех или иных компромиссов, мы считаем более важным исследовать влияние различных факторов. Одно из условий, которое мы тщательно изучили, — аудиомагнитофонные записи (Ruberg, 1981; Kächele et al., 1988). Наши результаты показывают, что можно терапевтически продуктивно признать и проработать специфическое воздействие этого средства. С некоторыми проблемами мы сталкиваемся сразу же, и проекции в адрес магнитофона могут стать отправным пунктом для продуктивного диалога.

По нашему опыту, оба участника постепенно привыкают к мысли, что их диалог может слушать третий участник. Тогда магнитофон становится частью молчаливого фона, который, как и все внешние факторы в психоаналитической ситуации, может в любой момент оказать динамическое влияние. Само молчаливое присутствие магнитофона на видном месте напоминает участникам, что они в мире не одни. Процедуры, которые использовались обычно для обеспечения анонимности анализируемого, и кодирование пленки тоже могут стать темой для совместного размышления, хотя конфиденциальность и сохранение имен в тайне — два обязательных условия для введения такого технического средства. Конечно, эта защита относится только к пациенту. Сохранение в тайне имени работающего аналитика не помешает его коллегам обнаружить, кто он. Они могут легко узнать в опубликованном диалоге манеру речи аналитика и стиль его мышления и аналитического поведения.

По нашему мнению, существует много причин, по которым аналитику полезно информировать пациента о целях записи в терапии. Самое важное — это то, что аналитик хочет консультироваться у своих коллег. Однако стиль обсуждения, который все еще преобладает среди аналитиков, позволяет понять, почему большинство аналитиков сомневаются, пользоваться ли этим средством, хотя оно лучше, чем любое другое, способствует улучшению терапевтических навыков, стимулирует критические размышления над транскрибированным диалогом.

Конечно, у аналитика есть право не только на личную жизнь, но и на то, чтобы организовать свою профессиональную

сферу в соответствии со своими собственными удобствами внутри профессиональной системы ценностей. Возможно, специфическая смесь черт характера в соединении с научным любопытством и верой в прогресс упрощает совершение этого шага, приводящего к самораскрытию перед коллегами. Мы, во всяком случае, постарались сделать из нужды добродетель и приписали введению аудиомагнитофонной записи терапевтическую функцию в разных отношениях: для отдельного аналитика, чей нарциссизм подвергается достаточно суровому испытанию; для профессионального сообщества, которое больше не полагается только на воспоминания в научных обсуждениях, но может обратиться и к аутентичным диалогам; и для пациента, который может косвенно лишь от этого выиграть. Это знамение времени: некоторые пациенты приносят даже свои собственные магнитофоны. Такие сюрпризы следует принимать во внимание. Поскольку для пациента действительно может быть полезным еще раз обдумать диалоги, аналитику следует принять этот интерес серьезно, даже если такие действия мотивируются бессознательным намерением защитить себя от злоупотребления доверием. Шокирующим был диалог, комментированный Сартром (Sartre, 1969), на который пациент спровоцировал своего аналитика и который он, аналитик, записал. В этом интервью произошла смена ролей; пациент подверг аналитика пытке точными кастрационными интерпретациями, которые аналитик последовательно предлагал ему годами.

Психоаналитической профессии в любом случае едва ли повредит, если оригинальные записи и транскрипты дадут возможность исследователям очень тщательно изучить то, что говорят и делают в терапии психоаналитики, и определить, каким теориям они следуют. На нарциссизме отдельных аналитиков могла бы благоприятно отразиться встреча с собственным терапевтическим поведением. Как по известному высказыванию Ницше — в борьбе между гордостью, деяниями и воспоминаниями голоса на магнитофонных пленках оживляют воспоминания, которые мешают гордости оставаться непреклонной и праздновать триумф над памятью.

7.8.1 Примеры

Психоаналитическое сообщество, очевидно, более встревожено введением аудиомагнитофонных записей, чем пациенты. Пытаясь определить общий знаменатель этой озабоченности, мы еще раз столкнулись с базовой моделью техники (Eissler, 1953) и «параметрами», к ней относящимися, которые мы подробно рассматривали в первом томе (разд. 8.3.3). Эта модель больше проблем создала, чем решила.

В нашем опыте пока еще не было ситуации, когда сопротивление, обусловленное или усиленное присутствием магнитофона, не было бы доступно интерпретации. Дальше мы иллюстрируем это, опираясь на свой опыт в использовании магнитофонов, особенно подчеркивая интерпретативные ответы на реакции пациента.

Суперцензор

На 38-м сеансе курса лечения пациентка Амалия X говорила о своем опыте в терапии, когда она работала с моим коллегой. Однажды терапевт не вернул ей ее дневник, отчего она почувствовала себя очень неуверенно. Я предположил, что тот факт, что аналитик хранит ее дневник, соответствует тому, что магнитофон хранит ее мысли. Пациентка сказала, что ничего не знает о том, как используются записи, добавив: «Кроме того, надо сказать, что меня это не очень заботит». На следующем часе тема беседы также крутилась вокруг «*дать и брать*», и я снова упомянул о том, что магнитофон забрал ее мысли.

П: Наверное, это меня все-таки меньше беспокоит. Это техническое средство не так близко.

Такой ответ прояснил, что в начальной фазе терапии пациентке удалось после проработки беспокоящего опыта из предыдущей терапии прийти к ясному утверждению о том, как она относится к ситуации.

Особое желание быть осмотрительным иногда приводит к требованию, чтобы магнитофоны временно выключались. Например, эта пациентка говорила о своей коллеге, которая тоже находилась в терапии. Ей не хотелось называть имя ее последнего терапевта до тех пор, пока не был выключен магнитофон (85-й сеанс). Аналитик может согласиться с таким желанием, или подчеркнуть аспект сопротивления, или исследовать представления типа «не считает ли пациентка, что это может повредить коллеге». Иногда анализируемый, желая защитить других, проявляет осторожность и, таким образом, нарушает основное правило в отношении определенных единиц информации. Это происходит время от времени в каждом аналитическом случае, включая и те, где не применяется магнитофонная запись.

Аналитики снова и снова сталкиваются с фактом, что мысль о магнитофоне может стимулировать неожиданную идею, которая приходит в голову при свободном течении ассоциаций пациента, как это показывает следующий пример.

На 101-м сеансе Амалия X заговорила очень решительно о своих сексуальных затруднениях, и ей удалось обнаружить достаточно существенное количество информации; в середине се-

анса ее стала все больше и больше ужасать интенсивность ее влечения. Я интерпретировал ее страх так: «Она рассматривает самое себя и свои фантазии как порочность или, во всяком случае, явную извращенность, и я в общем тоже так считаю, только делаю вид, будто не нахожу это извращением или порочностью». Сама пациентка пришла к другому мнению: «Когда я об этом думаю, я понимаю, что вы так не считаете». Все же она сама видит себя таким образом и боится, что другие могут сказать что-нибудь в этом духе: «Да, например, старушка X». В этот момент она спросила себя: «Магнитофон все еще записывает?» Мысль об этом она связала с тем, что пожилая секретарша могла бы печатать транскрипты, а другие ассоциации привели к отцу исповеднику и т.д.

На 202-м сеансе Амалия X вспомнила утверждение, которое я как-то сделал, объясняя свою терапевтическую технику. Она нашла, что сегодня дело идет «необычайно позитивно», и ошибочно предположила, что магнитофон выключен и что поэтому я мог действовать свободнее, не так скованно. Пациентка представила себе, что магнитофон сковывает меня как суперцензор, и сравнила его с супервизором на своей работе. «Если я не увижу однажды здесь черного провода, тогда вы почувствуете себя свободнее и сможете наконец сказать, что думаете».

На 242-м сеансе пациентка заметила, что провода от микрофона на стене нет. Она предположила, что вероятное исчезновение магнитофона (или микрофона) сигнализирует о конце терапии. Она сказала, что боится сепарации, а прежнее опасение, что мои коллеги слушают эти записи и смеются над ними, исчезло.

Между прочим, в отношении этой пациентки мы можем сообщить, что на основании эмпирического исследования, о котором упомянуто в начале этого раздела, выборка одной пятой из всех сеансов (113) курса терапии Амалии X показала, что магнитофон был темой разговора только на 2,7 процента от этого количества сеансов (Ruberg, 1981).

Пустая порода

У Франциски X было положительное отношение к магнитофонным записям с самого начала, потому что ее брат, социолог, рекомендовал ей использовать магнитофон как средство самопомощи. Пациентка быстро развила трансферентную любовь и столкнулась с соответствующими затруднениями (см. разд. 2.2). На третьем сеансе она сказала, что больше всего ей бы хотелось вынести за скобки все ожидания, фантазии и желания — просто все, что составляет эмоциональную сторону отношений с терапевтом.

П: Да, если бы это было возможно, тогда, наверное, мне было бы гораздо проще освободиться от необходимости описывать такие вещи. Если бы вы не вертелись у меня все время в голове, если бы я могла совсем вас выключить, если бы я просто могла лежать здесь в комнате одна и обращаться к магнитофону.

Здесь магнитофон служит в качестве искусственного психоаналитика, не вызывающего страха потери дистанции.

На следующем сеансе Франциска X спросила, включен ли магнитофон или нет, поскольку крышка была закрыта. Затем она сказала мне, что выпила много вина (несколько бокалов) накануне вечером. Я связал эти два утверждения, спросив, не почувствовала ли она желания, чтобы магнитофон был выключен. Пациентка ответила отрицательно, подчеркнув: «Нет, я так не думаю. Меня это никогда не волновало... [Почти с легкой иронией.] Возможно, мне важно, чтобы мои ценные комментарии были записаны... И кроме того, возможно, он все же работает». Ее ироничный страх отражал ее опасения по поводу собственной обесцененности, что стало видно в дальнейшем ходе терапии.

Реакции пациентки на магнитофон изменялись в соответствии с происходившими динамическими изменениями. На 87-м сеансе она размышляла об удовольствии и неудовольствии, которые испытывала в терапии.

П: Иногда я думаю о том, чего мы уже достигли в анализе, и тогда меня переполняет чувство, что хотелось бы взять все эти кассеты и бросить их в огонь и начать все сначала. Я наговорила на эти пленки всякую чушь. Я представляю себе, что на сеансе должна быть одна хорошая фраза, и ради этой одной фразы вам приходится сидеть и слушать пятьдесят минут в надежде, что она появится. Иногда вообще ничего не появляется. И вот почему я считаю, что вы тогда недовольны и вообще начинаете на меня злиться.

А: Потому что я использую так много, так много пленок, а получаю взамен так мало.

П: Да, я чувствую себя, как если бы брала частные уроки. Я бы хотела быть хорошей ученицей, чтобы вы могли быть довольны мною.

На следующем сеансе сначала у Франциски X было не много ассоциаций, но затем она объяснила, что когда у нее есть чувство, что ей кто-то нравится, тогда она будет «много говорить, иногда даже слишком много... но если у меня есть малейшее чувство, что ко мне относятся холодно, тогда дело не пойдет». Я соотнес это с ее ассоциациями по поводу магнитофона: «На прошлом сеансе у вас было чувство, что вы раскрываете только то, что никакой ценности не представляет; а нужно хоть что-нибудь стоящее да раскопать». Франциска X снова согласи-

лась, что всегда считает себя обязанной предлагать нечто особенное, чтобы добиться похвалы.

Аудитория

Курт Y, ученый, проходил анализ из-за импотенции и неспособности работать. На четвертом сеансе он взглянул на микрофон, когда вошел в кабинет, лег и после короткой паузы начал говорить. Он вспоминал свое детство, которое было темой и предыдущего сеанса. В целом он был спокойным, воспитанным мальчиком; только в футбольном клубе он мог выпускать на свободу обычно сдерживаемую энергию. Однако он добавил, что всегда плохо играл при зрителях.

А: Как если бы вы боялись внимания.

П: Да, всему наступал конец, как только я чувствовал, что от меня ждут демонстрации моих умений.

А: Вот когда вы вошли, вы посмотрели на микрофон. Может быть, это тоже ассоциируется с таким ожиданием?

П: Нет, сегодня я об этом не много думал, но вчера про себя заметил. У меня было сильное чувство, что я должен заполнить пленку, что там не должно быть никаких пауз, что-то нужно туда вставить.

А: Эти ожидания — те, которые вы отождествляете с магнитофоном, — представляют собой, по вашему мнению, ожидания, которые есть у меня по отношению к вам.

Курт Y начал 54-й сеанс комментарием по поводу магнитофона. У него было чувство, что он должен держать речь, как если бы он был в аудитории. И это связалось с мыслью, что предстоящие высказывания на самом деле не окончательны и требуют дальнейшей проработки. Это было похоже на его рабочую тетрадь, где он вел свои заметки по поводу экспериментов; он бы не хотел, чтобы она преждевременно попала кому-нибудь в руки. Курт Y долго говорил о магнитофоне и тем заставил меня предположить, что он испытывает сопротивление. Я сказал ему, что, похоже, ему сегодня проще говорить о магнитофоне, чем о других вещах. Тогда он начал говорить, хотя и со многими оговорками, о сексуальных отношениях в прошлые выходные с его невестой.

В начале следующего сеанса Курт Y снова упомянул о магнитофоне. Он сказал, что магнитофон сегодня гораздо дружелюбнее, как если бы это был третий человек в комнате, которого он представляет себе как молодого врача. В конце концов, это можно перенести — что кто-то слушает; он добавил, что записи, наверное, используются для преподавания.

Угрожающая, волнующая мысль о большой аудитории стала мягче, реалистичнее, легче переносимой. Это сопровождалось возобновлением рассказа о сексуальном общении с невестой, о

чем пациент говорил с видимым энтузиазмом. В течение некоторого времени секс не был возможен из-за ее болезни, и это давало ему ощущение, что стена, по которой ему надо взобраться, не такая уж и высокая. Все же, по мере приближения выходных и встречи с невестой, он почувствовал, как постепенно растут его тревожные ожидания. И он точно не смог «это» сделать в тот вечер. В своей беспомощности он не достиг эрекции.

Я предложил интерпретацию, что, возможно, он не мог позволить себе упасть точно так же, как здесь не может пустить дело на самотек. Я высказал предположение, что он чувствует как бы наблюдение за собой и сравнивает себя с другими мужчинами. Этого момента он сам не включал в свое описание, его добавил я.

Он сказал, что тогда спал «по-черному», без сновидений, и попытался объяснить «черный» цвет из своего сновидения, который показался мне необычным. Утром у него была легкая эрекция, и он использовал преимущества этой ситуации, чтобы взобраться на стену.

Про себя я подумал, что это, возможно, было для него высоким барьером — просто говорить о своей сексуальной жизни, — барьером, который он взял на этом сеансе. Я сказал ему об этом, и он был очень удивлен. Все же он согласился, что это верно, что он никогда об этом здесь не говорил, хотя часто чувствовал такую потребность.

Мне стало ясно, что работа над значением магнитофона, и особенно над интерпретациями переноса, с ним связанными, возымела эффект, и поэтому пациент смог взобраться на стену интимности в терапии.

На 57-м сеансе я поделился с Куртом Y своими планами на отпуск, включая долгое отсутствие и по профессиональным причинам. Думая о профессиональных причинах, которые могли заставить меня предпринять такое путешествие, он представил себе, что, может быть, я еду, чтобы читать лекции. И он снова упомянул о магнитофоне. На этот раз это было в связи с научной работой, лабораторными экспериментами и с тем, что сам он — подопытная свинка. Все это служило выражением холодности терапевта. Впрочем, по мере рассказа об этих чувствах настроение пациента изменилось.

П: В магнитофоне есть что-то позитивное в связи с этим. По крайней мере пленки останутся здесь, и поэтому что-то из наших отношений тоже останется здесь как своего рода заклад.

Я интерпретировал связь между отпуском, отдалением и его реакцией на это как своего рода фундаментальный вопрос о том, что он для меня значит и насколько надежно я присутствую здесь ради него.

Контроль

В случае Генриха Y мне стоило многих усилий убедить его пройти курс терапии, и это позволило мне коснуться чувств, которые его общее недоверие к аналитикам мобилизовало против записи.

На 16-м сеансе пациент удивил меня, принеся с собой магнитофонную кассету, которую он приготовил для записи, и задал вопрос, может ли он тоже ее использовать. Я указал на одновременность его двух действий: спрашивать моего согласия и действовать так, как если бы он его уже получил. Я добавил, что запись нашей беседы должна была быть для него очень важной. Поскольку сам я уже спрашивал его согласия на магнитофонную запись сеансов, я сказал, что, разумеется, я позволю ему делать то же самое. Пациент на это рассмеялся с очевидным облегчением. В этот момент я больше не задавал ему вопросов о целях его действий.

Затем Генрих Y стал жаловаться, что, как это бывает часто на начальной стадии терапии, ничего пока не произошло, признаков успеха не видно и что его депрессивные состояния снова начинают возвращаться, и с еще большей силой. В предыдущие выходные, сказал он, он был на конференции по дзен-буддизму, где надеялся получить дополнительный совет, как справиться с жизненными проблемами.

А: Дополнительный совет? Это ведь означает, что наши сеансы дают вам недостаточно.

П: Именно. Сеансы слишком быстро заканчиваются, а после них я не могу точно вспомнить, что происходило.

А: Но тогда магнитофонные записи должны быть желанным средством, чтобы мирно и спокойно все прослушать.

П: Да, я надеюсь, что смогу все подробно проработать, больше получить от сеансов. Я даю прослушивать их своей подруге Рите, у которой есть некоторый опыт в психотерапии, и она может мне сказать, все ли здесь в порядке.

А: Да, в этом начальном периоде кажется естественным спрашивать совета у кого-нибудь, особенно поскольку вы не так уж горели желанием проходить терапевтический курс. Между прочим, ваши тяжелые депрессии появились, когда Рита сочла, что она беременна. Вероятно, магнитофон позволяет вам обрести некоторый контроль над тем, о чем вы можете говорить со мной?

П: Рита просто должна понять, как мне плохо и какова ее роль в этом.

А: Итак, это окольный способ сказать Рите нечто, что вы не можете или не хотите сказать ей прямо.

П: Да, я могу сослаться на то, что говорю здесь, как на часть терапии.

А: Тогда несу ответственность за это я, а вы здесь ни при чем.

В этом месте пациент озорно рассмеялся и подчеркнул, что я проследил его самые тайные мысли. Он добавил, что, может быть, будет лучше, если он в конце концов выключит свой магнитофон и скажет Рите, что он просто сломался.

А: В любом случае пространство, в котором мы здесь находимся, будет защищено от чьей-либо цензуры. Это также может дать какую-то свободу.

Однако такая форма проработки не имела отношения к другому аспекту фиксации занятий на пленку, который привлекал пациента. Поэтому я снова подчеркнул, что его наблюдение очень важно и что нам вместе нужно поискать способы и средства, чтобы он мог продуктивно организовать пересмотр своих сеансов.

Выключение магнитофона

На одном из сеансов Артур Y попросил, чтобы я выключил магнитофон, прежде чем он будет говорить на тему, которую он не хотел бы записывать. Предметом был конфликт, вызванный вопросом, оставшимся без ответа, а именно: какую профессию следует выбрать его дочери. У нее были сомнения, продолжать ли свое образование в профессионально-техническом колледже или начать регулярно посещать университет. Сначала она хотела, чтобы у нее был испытательный период в университете, прежде чем принять окончательное решение и покинуть колледж. Но в университете для регистрации требуется, чтобы абитуриенты предоставляли подтверждение, что они не зачислены в другие учебные заведения. Артур Y боялся, что школы проверяют эту информацию. Я интерпретировал его чрезмерную озабоченность в контексте его старых страхов нанести кому-то такой же вред, какой когда-то нанесли ему. Другими словами, нашей темой снова стали отношения между субъектом и объектом и запутанные садомазохистские идентификации. Посредством выключения магнитофона пациент не только хотел отвести практически не существующую опасность, что нечто может стать публичным; на самом деле проблемой снова было как бы изгнание «злых духов», а именно отведение потенциального вреда при помощи магической силы своих мыслей. Оставшееся время сеанса было посвящено этой теме, и магнитофон так и не был включен.

Впервые за долгое время пациент упомянул о магнитофоне. Прежде чем выключить магнитофон, я напомнил ему, что давно на одном сеансе он даже просил, чтобы запись велась в любом случае. Он сказал, что всегда хотел иметь средство доступа к осознанию того, как он ощущает себя в какие-то мгновения жестоким офицером СС. Для него это было связано с тем, что он

вдруг понял, что его страх наказания превращает манию величия в манию ничтожности, садизм — в мазохизм. У пациента также было однажды желание прочитать запись одного из сеансов. Мы договорились, что он может ее прочитать в комнате ожидания перед следующим сеансом. Он приготовился, оставил на это время, но текст не сказал ему ничего нового. Единственным важным результатом было его удовлетворение кодированием.

Позор

После того как симптоматика улучшилась и появилось значительно большее удовлетворение от жизни, в начале одного из сеансов Рудольф Y поинтересовался, когда он сможет обойтись без терапии. Он говорил с энтузиазмом о своих друзьях и своей возрастающей способности к общению. Затем наш диалог перешел к теме о вкладе каждого из нас в терапевтический прогресс.

П: Да, вот я не доставляю вам удовольствия получать знания за мой счет, я не подтверждаю, как вы хороши и как много обо мне знаете.

А: Итак, это не то удовольствие, которое и к вам имеет отношение, от которого и вы в свою очередь могли бы получить пользу.

П: Да, я лишь средство достижения цели. [Очень долгая пауза.] Магнитофон — все это зря; на нем ничего нет. [Рассмеялся.]

А: Итак, я — тот, кто хочет что-то продемонстрировать, показать себя, убедить, как я хорош, — ничего такого не могу продемонстрировать.

П: Да, вот именно.

А: Я мог бы показать собранные минуты молчания. [Оба расхохотались.] Это документально подтверждает мое бессилие.

П: Да, молчание.

А: Таким образом, создалось равновесие. Сегодня вы долго молчали в отместку за то смирение, с которым вы согласились, что я могу так много о вас знать. Сегодня я опозорен, я оказался бессильным, и я делаюсь посмешищем. Вам приятна мысль, что мои коллеги будут надо мной смеяться.

П: Да, я все еще колеблюсь между двумя крайностями: либо полностью подчиниться тем, кто меня превосходит, либо считать их сукиными сынами.

Комментарий. Записанное на магнитофонной пленке играет для пациента роль фактора в выборе между этими двумя крайностями, фактором в поляризации силы и бессилия. Инсайт о таком случае вызвал обоюдный дружный смех, эффект еще более увеличился и укрепился оттого, что пациент приписал пленке

эту функцию сам. Запись на пленку дает хорошую возможность для рассмотрения темы переноса, пример этому приводится в следующем разделе. Очевидно, что Рудольф Y осознал, что его молчание может быть позором для его аналитика. В переносе, так же как и в катарсисе, сводятся старые счеты.

7.8.2 Контраргументы

Мы очень серьезно относимся к контраргументам именно потому, что высоко ценим использование полных оригинальных текстов в клинических обсуждениях и научных исследованиях. Например, Фрик (Frick, 1985) попыталась обосновать утверждение о том, что магнитофонная запись искажает терапевтический процесс. Она сообщила, что ассоциации одного пациента, несмотря на то что он дал согласие на записывание, показывают, что латентно он чувствовал, будто его эксплуатируют и соблазняют. Только после того, как терапевт взял на себя инициативу и прекратил записывание, у пациента появились позитивные изменения в нескольких областях жизни.

Фрик рассматривает это как подтверждение своего мнения о том, что следует придерживаться представлений Лангса об идеальной терапевтической рамке, чтобы защищать «священность» терапевтических отношений. Считается, что ни одна интерпретация не способна снять «токсичность» негативного и деструктивного влияния магнитофона.

Если бы это утверждение было верным по отношению к большей группе пациентов, а не просто для отдельного случая, тогда было бы необходимо еще раз подвергнуть преимущества и недостатки этого инструмента тщательному сравнению. Однако, по-видимому, что-то было не так в этом *отдельном* случае, а Фрик обвиняет в этом магнитофонную запись. Пациента лечили в амбулаторной клинике два специалиста, находящихся под супервизией. Первый терапевт перестал работать через четыре недели, занявшись частной практикой, в то время как второй мог работать только девять месяцев, встречаясь с пациентом дважды в неделю. В последней четверти начального интервью терапевт информировал пациента об основном правиле и попросил его разрешения на записывание всех сеансов. Тот факт, что этот специалист имел супервизора, имплицитно присутствовал, но не обсуждался с пациентом.

Мы полагаем, что Фрик была супервизором; во всяком случае, она дала поучительный комментарий к некоторым фрагментам транскрипта. Однако совершенно открытым остался вопрос, давались ли какие-либо интерпретации, а если давались, то какие — чтобы помочь прояснить и решить проблемы пациента, связанные с магнитофонной записью. Если в качестве контекста

не представить большего количества интерпретаций, невозможно прояснить влияние, которое оказала магнитофонная запись, или утверждать, что процесс был искажен. В *одной* интерпретации была прослежена аналогия между ситуацией с девушкой пациента и переносом, касающимся, в частности, темы «давать и брать», «быть эксплуатируемым, используемым» и т.д. По нашему мнению, самое большое, чего могут достичь такие аналогии, это направить внимание пациента на возможную связь, сами по себе не обеспечивая прояснения. Без глубинного комментария такие аллюзии скорее оказывают «токсическое» влияние, чем «детоксическое»; они даже усиливают параноидный смысл, который приписывается магнитофону.

Этот пример никоим образом не подтверждает негативного заключения автора, а, скорее всего, подходит для того, чтобы еще раз продемонстрировать, что дословные протоколы могут поставить клиническое обсуждение на твердую основу (см.: Gill, 1985).

При настоящем состоянии наших знаний общее влияние магнитофонной записи на психоаналитическую ситуацию представляется позитивным. Очевидно, что на обоих участников оказывает влияние тот факт, что вовлекаются третьи участники.

Каким человеком должен быть тот — можем спросить мы в заключение, — кто не позволит, чтобы на него оказывали влияние, или не разрешит ограничить свою спонтанность и свободу знанием о том, что неизвестные третьи участники изучают его мысли, представленные в анонимной форме? Этот вопрос близок к другой проблеме, а именно: на какой стадии психоаналитического процесса для пациента становятся важными не эти описания, а мысли аналитика о нем. В каком-то месте «интересные моменты» блекнут, как Ницше выразился в «Morgenröte» («Рассвете»):

> Почему меня не покидает эта мысль... что мы *полагаем*, будто благополучие человека зависит от *постижения происхождения вещей*. Напротив, чем дальше мы движемся обратно к происхождению вещей, тем меньше увлекает нас интересное; да, то, что нам драгоценно, все «интересное», что вкладываем мы в вещи, начинает терять свой смысл по мере того, как мы возвращаемся с нашим знанием и приходим к самим вещам. С постижением источника возрастает бессмысленность этого источника, в то время как ближайшие предметы вокруг нас постепенно начинают показывать свой цвет, и красоту, и загадки, и богатство, и значение... (Nietzsche, 1973, т. 1, р. 1044).

30 1031

8 Средства, пути и цели

Введение

В разделе 8.1 мы рассмотрим важные с точки зрения пространства и времени вопросы, касающиеся расписания приемов, воспоминания, сохранения воспоминания (удержания), а также «юбилейных реакций». Придавая важное значение реконструкции исторических и политических факторов, оказывающих влияние на историю жизни индивида, мы посвятим этому вопросу целый раздел (8.2). Затем, в разделе 8.3, подвергнем анализу интерпретации — предмет, которому мы постоянно уделяем большое внимание. При этом рассмотрим случай, имевший место много лет назад.

Разговор об «отыгрывании вовне» (разд. 8.4) приводит к теме проработки (разд. 8.5). Первый из пяти примеров (разд. 8.5.1—8.5.5) представляет собой подробное описание работы с травматическими переживаниями, воспроизведенными в переносе.

Перерывы в терапии порождают особые проблемы вплоть до окончательного расставания с пациентом (разд. 8.6; важность последнего вопроса в связи с завершением терапии мы обсудим в гл. 9). В отличие от первого тома, где рассматривались принципы терапии (см. разд. 8.2 в т. 1), в один раздел тома по практическому психоанализу невозможно вместить всю психоаналитическую эвристику. Каждая из глав нашей книги иллюстрирует специфические и неспецифические способы, используемые пациентом и аналитиком в достижении своих целей.

8.1 Время и место

8.1.1 Расписание приемов

Для аналитика наиболее удобно такое расписание сеансов, при котором большинство пациентов регулярно приходят и уходят в установленное время. Конечно, подобная негибкость ведет к тому, что аналитик будет принимать только тех пациентов, которые в состоянии посещать сеансы несколько раз в неделю и

оплачивать пропущенные часы. Чтобы избежать таких ограничений, многие аналитики оставляют в расписании свободное время для чрезвычайных случаев и возможности изменять порядок приемов (см.: Wurmser, 1987).

Оба эти решения имеют свои преимущества и недостатки, причем для каждой из сторон они могут быть разными. Но если аналитик не сумел создать условия, которые позволили бы пациенту посещать его часто и достаточно долго без каких-либо значительных ограничений в личной жизни и профессиональной сфере, то все остальное теряет смысл. Поэтому мы выступаем за определенную гибкость, которая, конечно, создает и свои собственные проблемы. Например, по нашему опыту, преимущественно именно в гибкой части расписания аналитику свойственно совершать ошибки или допускать рассеянность (вроде тех ситуаций, когда о приеме забывают или записывают два приема на одно время).

Трудности психоаналитика возрастают из-за временных ограничений и необходимости быть всегда пунктуальным. Вследствие этого у аналитика может проявиться характерный для его профессии контрперенос, направленный на часто опаздывающих пациентов. С одной стороны, нужно помнить, что пациент волен распоряжаться своим временем, оплачиваемым им самим или его страховой компанией. С другой — опоздания и пропуск сеансов означают потерю полезного времени. Никакая финансовая компенсация не зачеркнет того факта, что аналитик в этих случаях может только думать о пациенте и ничего не в силах для него сделать. Аналитик теряет практически всякое влияние на пациента, если тот продолжает пропускать назначенные встречи. А ставшему беспомощным аналитику остается лишь размышлять о мотивах отсутствия пациента и своем участии в этой ситуации.

Предполагается, что соглашение, которое заключают стороны между собой, к чему-то *приведет*, если будет создана некая атмосфера свободы. Опасность того, что обсуждение времени приема, пропусков или переносов времени перейдет в придирки, невелика в том случае, если пациент и аналитик не теряют из виду целей психоанализа.

Следующий пример иллюстрирует проблему *пунктуальности* и *перфекционизма*.

Запыхавшийся Артур Y влетел в мой кабинет.

П: Я опоздал, я все испортил.
А: Лишь на минуту, не так ли?
П: Да, но ваши часы на минуту спешат.
А: В самом деле?
П: Мне так кажется.
А: Но тогда вы пришли вовремя.

П: На минуту опоздал. Но это возвращает нас прямо к нашей теме.

А: Ну да. Вы хотите быть императором — не просто королем.

П: Или папой римским.

А: [Смеется.] Да, тем, кто на самом верху.

П: Есть отличная сказка о рыбаке и рыбке. Старик поймал золотую рыбку, а та умоляет отпустить ее и обещает взамен исполнить любое желание. Старик по жениной указке просит сначала новое корыто, потом хорошую избу вместо жалкой лачуги. Но жене все мало: «Мог бы выпросить гораздо больше!» Старик покорно идет к морю и кличет свою рыбку снова и снова. Аппетиты жадной старухи растут день ото дня. И закончилось все, как известно, разбитым корытом.

А: О да.

П: Однажды я написал слово «перфекционизм», чтобы обдумать это. Когда я, как сейчас, вступаю в гонку со временем, я пугаюсь и действую иррационально. Мчусь на автомобиле слишком быстро, гораздо быстрее, чем положено. И если подумать, то это абсолютно не стоит пары выигранных минут (речь пациента прерывалась только подбадривающими «хм» или «да» аналитика). Если меня засечет радар, тогда это вообще оборачивается ловушкой.

А: И внутреннее напряжение все растет и растет, парализует вас, блокирует так, что вы уже не в состоянии думать ни о чем другом. Сказка придает более глубокий смысл перфекционизму.

П: Да?

А: Именно стремление быть наисовершеннейшим в отношении пунктуальности связано для вас с опасением последующей кары. Идея быть наказанным звучит у вас вполне отчетливо. Возжелать стать Богом — крайность, но если это именно то, чего вы возжелали, то подобная гордыня будет полностью сокрушена.

Затем Артур Y заговорил о назначении времени следующей встречи. Я перечислил несколько вариантов, отметив, что предпочитаю 19.00. Пациент согласился и добавил:

П: Значит, ваш рабочий день очень долог, хотя никто из... Да, да, я снова вмешиваюсь не в свое дело.

А: Хм.

П: Это действительно не мое дело.

А: Но это именно ваше дело. Ну например: «Работоспособен ли он еще в 19.00, после долгого рабочего дня?»

П: Ну да, об этом я и подумал.

А: Да, это вполне ваше дело.

П: Вот мы беседовали о сказке о рыбаке и рыбке. Я люблю эту сказку за скрытую в ней глубину. Она учит быть довольным

тем, что имеешь. Перфекционизм — это то, что меня всегда интересовало профессионально. Я наслаждаюсь им, мне нравится быть совершенством, и я таковым являюсь — в какомто отношении. Но это завело меня в тупик... Мне следовало бы иногда не брать это в голову, а просто сказать: «Ну и что, что опаздываю на две минуты». Худшее, что может случиться, — потеряю две минуты. Это будет стоить три марки и не разорит меня. Не в этом дело, главное — что вы стоите здесь, смотрите на часы, хмурите брови — как хмурил бы их я — и все больше и больше расстраиваетесь, злитесь. Просто потому, что уже 9.09 или 8.08. И все тут. Перфекционизм, упрямый, негибкий перфекционизм.

Комментарий. Замечание пациента о глубине и жизненной мудрости сказки указывает на различные возможности ее толкования. Тема же перфекционизма, напротив, узко ограничена.

А: Перфекционизм — это жемчужина. Тогда что ж тут ужасного...

П: ...жемчужина, выпавшая из короны.

А: Жемчужина столь ценная, что от нее зависит ваша самооценка.

П: Да-да.

А: Так что это не просто упрямство. Тем более вы утверждаете, что я ставлю его превыше всего и хмурю брови по этому поводу.

П: Да, просто я все соотношу с тем, как сам это воспринимаю, и мне кажется, что если я такой, то и другие такие же.

А: И я должен быть таким же, иначе мне будет безразлично, придете вы или нет. Не так ли?

П: Нет, не думаю. По крайней мере я не думал об этом.

А: Но все же почему это стало так важно?

П: Ну, это нечто обратное тому, что являлось причиной моих детских бед. Например, если я успеваю вовремя — минута в минуту, — или удваиваю оборот капитала, или превосходство моей компании дает мне власть над мелкими конкурентами, достаточную, чтобы действительно поставить их на грань банкротства, тогда я, во-первых, пунктуален, во-вторых, самый лучший и, в-третьих, самый могущественный. Иными словами, абсолютно не тот, кем был когда-то.

А: Это замечательно, что вы можете так меняться. И если вам удастся убедить меня, что пунктуальность — ценнейшая вещь на свете, то мы получим доказательство, что вы действительно не тот, каким были когда-то.

П: Да, из того, что я сказал, мне тоже ясно, что я должен стать совершенно другим человеком.

А: И вот почему так завораживает сказка: старый рыбак действительно изменился.

П: Да, но потом был другой поворот, и я боюсь, что все развалится и в итоге я окончу свои дни в больнице или в тюрьме. [Это была одна из многочисленных навязчивых мыслей и тревог, владевших пациентом.]

А: И когда вы опоздаете на минуту, я полностью разочаруюсь в вас и потеряю к вам всякий интерес.

П: Вот именно. Эта минута имеет решающее значение для моей самооценки.

Комментарий. Диалог фокусируется на темах борьбы за выживание, за успех; превращения папы римского в дьявола и наоборот; поляризации антиподов; на том, чтобы быть на высоте и в добре и в зле. Обратившись к не осознанным пациентом аспектам борьбы за выживание, аналитик оказал ему поддержку. С тем, кто могущественнее всех, ничего не может случиться.

П: Да, понятно, что вы имели в виду. То, чего я уже достиг здесь. Даже просто произнести эту фразу мучительно для меня, поскольку самопроизвольно мелькает мысль, что вы могли бы возразить на слово «я» во фразе «то, чего я достиг». Вы могли бы выговорить мне: «По крайней мере следовало бы сказать "мы"».

Тут мысль его сбилась.

П: Я знаю, что это не так. Ну хорошо, смотря какая ситуация. Но стыд прошел — вот что я хотел сказать.

Артур Y совсем потерял нить.

А: Может быть, вам помешала мысль о том, что вам следовало хотя бы сказать «мы». Однако, скорее всего, вам не понравилось то, что в таком случае вы бы преуменьшили собственную значимость.

П: Да, возможно, я сумею продолжить мысль. Я начал с того, что кое-чего достиг здесь.

А: И тут вы потеряли мысль. Стоит вам сказать «я», как вы наказаны.

П: Хм.

А: Тогда «я» исчезает. И вы остаетесь маленьким, пока не оправитесь от наказания.

Комментарий. Это «кратковременное забывание», эта потеря нити рассуждений пациентом и возвращение к ней заслуживают особого внимания. Все это относится к обширной группе явлений, позволяющих нам проникнуть в процесс бессознательной защиты. Если во время сеанса возникает парапраксический, психический или психосоматический симптом, часто можно сразу определить его источник. Очень поучительно, как аналитик способствует ослаблению вытеснения и восстановлению хода мысли, то есть исчезновению микросимптома. Люборски (Luborsky, 1967)

обнаружил, что кратковременное забывание в процессе ассоциирования может служить основой для проверки гипотез.

П: Да-да. Теперь я понял. Независимость и свобода, которые я продемонстрировал сегодня, когда не стал ждать вашего прихода в комнате ожидания. Но где предел? Минута, две, пять или даже десять? Может, придет день и я скажу себе: «Ха-ха, сегодня я совсем не пойду!»

Артур Y вспомнил затем случай, как он сам действовал в подобной ситуации. Он ясно дал понять, что, если кто-то опаздывает на встречу с ним, он избирает дружелюбную, но укоряющую фразу вроде такой: «Ну, ничего. В следующий раз вы, конечно, придете вовремя».

П: Произнося это, я чувствовал себя таким либералом!

В другой раз Артур Y тревожно спросил, не слишком ли много он говорит о себе, подразумевая, что это может стать чрезмерным для меня.

А: Это звучало бы слишком лично, если бы вы сказали, что у меня был длинный рабочий день. Почему вы так озабочены этим? Может, вы сомневаетесь в том, смогу ли я предложить правильное лечение после столь длинного рабочего дня, будет ли у меня вообще что предложить?

П: Главное для меня то, что, заговорив о личном, я нарушаю некую границу.

Комментарий. Боязнь пациента совершить какой-то проступок, что-то нарушить, отчасти, как можно было заключить из более глубокого знакомства с его психодинамикой и симптомами, была мотивирована бессознательными анально-садистскими импульсами, содержавшимися в его мазохизме. В то же время пациент идентифицировался с жертвой, то есть с изнуренным к вечеру аналитиком. Это вызывало в нем сочувствие, что и было отмечено на приеме. Наконец аналитик привлек внимание пациента к тому, что тот эмоционально признал, что вечерние сеансы ему особенно нравятся. Все это позволяет с большой вероятностью утверждать, что бессознательный источник тревоги пациента был иррационален.

8.1.2 Воспоминание и удержание

Мы выбрали это название, чтобы привлечь внимание к важной теме, а именно к проблеме установления связи с предыдущим сеансом. Кто помнит, что́ чувствовали, думали, говорили пациент и аналитик, как и где это знание хранится? А забывание? В теории психоанализа развитие постоянства объекта тесно связано с непрерывностью стабильных межличностных отношений.

Кто отвечает за поддержание такой непрерывности, несмотря на неизбежные в жизни помехи и перерывы в терапии? Что могут сделать пациент и психоаналитик, чтобы наверняка сохранить и усилить постоянство объекта в неизбежных кризисах? Такие вопросы возникают, когда пациент не может вспомнить ход своих мыслей и хочет, чтобы аналитик напомнил содержание предыдущего сеанса. Исходя из слова «содержание», можно было бы озаглавить этот раздел словом «контейнер»[1]. Эта метафора была введена Бионом и относится к общей теории коммуникации и взаимодействия, выраженной через специфические переменные и константы. Мы сознательно не использовали это слово, ибо за ним стоит конкретная теория и нужно будет преодолевать соответствующие коннотации. Несмотря на то что диадная психология Балинта не относится к области, свободной от всякой теории, важно достичь предельно возможной степени открытости при обсуждении данного феномена. По этой причине для заголовка был выбран разговорный термин.

После нескольких минут молчания Клара Х начала со слов:

П: Я пыталась вспомнить, чтó произошло во время последнего сеанса, и не смогла. Вы помните что-нибудь?

А: Да, я могу припомнить кое-что, но, полагаю, вы все-таки можете что-то вспомнить.

П: Я могу вспомнить только, что плакала. Может быть, вы мне подскажете?

А: [После долгой паузы.] Возможно, вам нужна моя подсказка, и все же я колеблюсь. Возможно также, что лучше бы было подождать, пока вы сами не придете к чему-нибудь. Нет сомнения, что вы способны что-нибудь вспомнить, ведь где-то это хранится. Но, вероятно, не можете, так как самое важное состоит в том, переброшу ли я мост к последнему сеансу и помню ли я о вас так, что вы можете позволить себе все забыть. Если вы чувствуете себя со мной в безопасности, тогда вам не обязательно помнить, что произошло.

П: Да, это было бы прекрасное ощущение.

А: Но было бы просто ужасно, если бы я не смог ничего вспомнить. На самом деле это было одной из тем прошлого сеанса. Мы говорили о пропущенном сеансе. Я оставил для вас дополнительный час в расписании приемов. Мы начали последний сеанс с обсуждения темы: не явилось ли причиной ваше-

[1] В английском языке слово «контейнер» происходит от того же корня, что и слова «contain» — содержать, вмещать, и «contents» — содержание (ср. русские слова «содержание» — например, текста — и «держать», «удерживать» — в том числе в памяти).

го ухода глубокое разочарование во мне. Я еще не понимал, насколько важно, думаю я о вас или нет, скучаю ли по вас.

П: Но я все еще не пойму, почему я так много плакала.

Повисла длившаяся несколько минут пауза, которую я прервал.

А: Я уже прошел проверку? Наверно, нет, ведь я еще ни словом не обмолвился о ваших слезах и их причине. Так что я не прошел пока теста, если вообще могу его пройти.

Комментарий. Легко почувствовать, что аналитик старался извлечь максимум из забывчивости пациентки, но он был в неуверенности, что предпринять дальше. Он даже сомневался, хотя и непонятно почему, может ли он вообще удовлетворительно пройти проверку. Его признание в своей беспомощности было терапевтичным, так как связало проблему с отношениями между ним и пациенткой.

П: Да, для меня это очень важно. Я имею в виду то, как это действует на вас. Отталкивает ли это вас, кажется ли наглым, обижает ли, приводит ли к желанию пренебречь или, как в бихевиоральной терапии, стереть, просто не обращать внимания. Это, конечно, может привести даже больше, чем к обратному эффекту. Или вы, вроде моего предыдущего терапевта, хотели бы сказать: «Не кричите так», подразумевая под криком громкий разговор или плач. Ну что ж, вы это выдержали — значит, это не было так ужасно.

А: Некоторые вещи были ужасны. Но ничего не осталось: вы всё забыли. Вы отдали это мне на хранение. Вы не думали обо мне или о сеансе терапии.

П: Я думала о вас, но не по поводу последнего сеанса. Если я не смогу контролировать свое обжорство, я покончу с собой. Я хотела покончить с собой неподалеку от вашего кабинета и оставить дневник, адресованный вам. Довольно-таки злобная идея — заставить вас почувствовать вину, испытать угрызения совести за то, что сделал другой. «Посмотрим-ка, как он справится с этой свалившейся на него кучей дерьма». И все же я связываю эту мысль не с последним сеансом, а только со своей беспомощностью.

А: Вы испытываете эту беспомощность во время ночных приступов обжорства.

П: Да. Все это является частью порочного круга, из которого я не могу вырваться. После еды у меня начинаются сильные желудочные колики. И так каждую ночь. Это потребность организма. Он не может прожить ночь без пиршества. Это действительно навязчивость, истинный парапраксис. От него я заболеваю.

А: Да, ночью он настигает вас. Должно быть, это стало привычкой, которую вы не можете преодолеть. Она надоедлива и омерзительна из-за того, что ваш желудок набит, но вы поместили в свой желудок все, что могло бы стать выставленным напоказ, в то время как сами дремлете и не чувствуете по этому поводу стыда. Тогда получается, что у вас появились потребности, от которых вы зависите. Вы больше не в силах подавлять свое страстное желание. Днем вы вряд ли испытываете это, ибо полностью контролируете себя. Мне кажется, ваше чувство стыда должно иметь отношение к этой зависимости. Ваша мысль о самоубийстве выражает то, что я не смог помочь вам, а вы уже не в состоянии понять, что зависимы в той же мере, как и тот, кто может поститься.

П: Я была бы рада, если бы еще могла поститься. О, это было мое лучшее время. Но я близка к мысли, что всегда могу съесть лошадь. Я больше боюсь переедания, нежели анорексии.

А: Да, при анорексии вы были независимы. Вам нечего было стыдиться. Возможно, что вы несколько переборщили, но это наладилось бы само собой.

Пациентка упомянула о своей боязни стать обжорой.

П: Я отчаянно хочу чувствовать себя в безопасности, хочу найти себя. Иначе просто растаю как снег или приспособлюсь и все буду делать только для того, чтобы выжить. В то же время мне кажется, что я ничто: ничтожество вроде распластавшейся на песке медузы. Каждый может наступить на меня — придать форму, какую пожелает. Все же, даже если вам это не нравится, лучше оставаться Смертью. Это я и есть, я так считаю. Я идентифицирую себя с этим.

Комментарий. Только из того, что двое людей произносят одно и то же, не следует, что они говорят об одном и том же. Хотя Клара X относится к себе как к больной анорексией и как к Смерти, представляемой скелетом (понятие, содержащееся в немецком слове «Knochenmann»), и, таким образом, уничижительно идентифицируется (в определенном смысле) с агрессором. Но имеет большое значение, она ли так говорит о себе или кто-то иной. В последнем случае эффект этих слов был бы крайне оскорбительным.

А: Простите, что перебиваю вас. Кажется, мне стало ясно, каким образом вы защищаетесь. Иначе я стал бы наступать на вас, а вы бы не смогли больше выносить такого давления. И то, что на вас воздействует извне, вероятно, связано с этим; свою активность и спонтанность вы приписываете другим — тем, кто влияет на вас, кто хочет что-то дать вам. Вот почему

вы так прочно привязаны к вашей нынешней идентичности: вы защищаетесь ею от самой себя.

П: Я не могу воспринять сказанное в этой форме, даже если вам все это кажется ясным и естественным.

Пациентка пожаловалась на расхождения между нами.

П: Непреодолимое расхождение, огромная разница, заставляющая меня кипеть. [Она несколько более вышла из себя.] Это все ясно, естественно, очевидно, моему отцу тоже все было ясно и само собой разумелось. Он совершенно не понимал чужих эмоций.

Примечание. Вполне очевидно, что я позволил моему контрпереносу подвести меня к дуэли, поскольку допущенная мною беспомощность превратила эту проблему в обоюдную.

А: Да, я слегка преувеличил. Наверное, потому, что вы так тверды в своей позиции, я занял столь же упрямую позицию, как и вы, чем дал повод для критики в мой адрес. Нет ни единого намека на компромисс или попытку прислушаться к потребностям другого, и это несмотря на ваше глубочайшее желание. Что-то в этом роде сейчас произошло: одно упрямство противостояло другому.

Пациентка спросила, какой компромисс я собираюсь предложить.

А: Да, я сам себя спрашиваю, что мог бы сделать, чтобы не быть таким строгим и не усиливать вашей позиции.

П: Вы могли бы избегать слова «ясно». Когда я упоминаю о чем-то, что сама уже осознала, а вы произносите «ясно», тогда я чувствую себя вроде маленькой колбаски и противодействие во мне усиливается.

Я согласился с ней и подтвердил ее правоту. Следующий сеанс начался с того, что пациентка поделилась со мной своей идеей лечь под кушетку.

П: Однажды, когда моя дочь была маленькой, мне пришла идея забраться под ее кровать и не выходить оттуда.

А: И на последнем сеансе вы говорили о том, что я вызываю у вас стремление спрятаться и больше не появляться. Что у вас так мало свободы действий. Злоупотребляя словом «ясно», я подавляю вас. Мои комментарии укрепляют ваше неприятие.

П: Мне кажется, мы успели поправить положение к концу этого часа.

А: Да, мы достигли согласия. Все обошлось без взрыва. Я действительно понимаю ваше желание, чтобы я и ваш муж увидели вас другой. Вы не хотите, чтобы вас оскорбляли, называя больной анорексией или Смертью.

Намекая на картину Росетти «Благовещение» (это упоминалось в гл. 2 и 4), которую Клара X скопировала, я сказал:

А: Я использовал все свое красноречие, чтобы описать изменения, которые претерпело ваше тело.

П: Да, и все же я пока предпочитаю быть Смертью — это мой двойник, — внешне оставаться хорошей женой, внутренне ощущая свою жертвенность.

А: Хорошая жена та, что внутренне готова к самопожертвованию?

П: Следуй я представлениям моего мужа о роли женщины, мне пришлось бы пожертвовать абсолютно всем. Я бы эмоционально разрушилась, внешне оставаясь совершенно нормальной. Муж не приветствует каких-либо моих шагов к независимости и самостоятельной жизни. Иногда он немного ослабляет поводья, но рано или поздно возвращается к прежнему и оседлывает меня.

А: Да, это ваш опыт. Ваш муж не помогает вам изменить положение. Вы и сами не очень-то пытаетесь попробовать. Ну что произойдет, если вы действительно сделаете что-то иначе, если вы станете другой? Возможно, вы перестанете жить со своим мужем, возможно, найдете друга или ваша жизнь изменится как-то иначе. Да, я знаю, что большинство людей видят вас так, как вы только что себя описали, — как Смерть. И хотя вы сами признали это, такие сравнения все еще обижают вас и укрепляют вашу установку. Тем самым окружающие вас люди, и я в том числе, содействовали поддержанию этой ситуации. Например, когда я обронил: «Все ясно, не так ли?» — я попрал вас и укрепил силу, которая и так властвует над вами, то есть упрямство. Ваша специфическая форма самоутверждения, поиска триумфа — это унижение и угнетение, которые вы должны снести. Вам, должно быть, крайне ужасно чувствовать, что, несмотря на ваше очарование и прекрасное чувство юмора, в некоторых важных для вас вещах вы неприятны большинству людей.

П: В каких важных вещах?

А: Ну, я хотел бы оставить это на ваше усмотрение.

П: В том-то и вопрос, нужно ли мне этим заниматься.

А: Ничто не случится против вашей воли. Ничто. Вы можете выбрать дозу. Я не могу ничего сделать. Похоже, вы даже не подозреваете, как сильны. Вероятно, вы почувствовали угрозу и разочаровались во мне и в терапии.

П: Я чувствую, что получила выговор. Но пока не поняла, как мне стать другой.

А: Вы чувствуете серьезную опасность, когда я пытаюсь сделать что-то привлекательное для вас.

П: Почему бы вам уже не сказать: «Все и так хорошо»?

А: Ладно, все и так хорошо. И все же я вижу, что могло бы быть даже лучше, что вы можете стать красивее, чем сейчас.

Я не могу этого скрыть, хотя все и так хорошо. Я также вижу, что вам стало бы лучше, если б вы перестали прятать себя. Вы спрятаны, и неважно — на кушетке вы или под ней. Вы многое таите в себе, включая то, что должны еще пережить. Поэтому мне будет грустно, если вы на этом остановитесь, на том, что все и так хорошо. [Долгая пауза.] Преодолев кучу трудностей, что у вас были тогда или есть сейчас, вы уже нашли наилучшие из возможных решений. Нелегко найти другие решения, которые принесли бы вам большее удовольствие и счастье. Однажды вы спросили меня, как бы я себя чувствовал, если бы вы перестали посещать сеансы.

П: И что же?

А: Мне кажется, вы хотели спросить, будет ли мне грустно и досадно.

П: Да, а почему вы сейчас вспомнили об этом?

А: Суть проблемы — в удовлетворении. Наступит ли день, когда, уходя, вы будете чувствовать себя удовлетворенной и я останусь удовлетворенным? По поводу вопроса, буду ли я скучать о вас, у меня мелькнула особая мысль. Я бы скучал сильнее, если бы вы ушли в значительной мере неудовлетворенной. Другими словами, если бы мне казалось, что осталось еще много нерешенных проблем, в которых я мог бы оказать вам какую-то помощь.

Возникла пауза, длившаяся несколько минут, в течение которых слышны были глубокие вздохи, — красноречивое молчание. Я добавил «хм».

Комментарий. Молчание явилось своеобразным продолжением диалога. Насколько глубоким должно быть чувство идентичности и согласия, чтобы придать пациенту ощущение безопасности, — вот вопрос, который нельзя решить противопоставлением вербального и невербального диалога.

П: Я вдруг подумала, что мы не сможем выйти за определенные пределы с помощью слов. Это «туда-сюда» похоже на жвачку. Глубоко внутри лежит что-то ужасно напоминающее отчаяние. Смерть, удовольствие и неудовольствие, хорошее самочувствие или плохое — это все не то.

А: Да, вы не уверены в себе и во мне, вы отчаялись, а отчаяние имеет какое-то отношение к сомнению по поводу того, кто вы и что вы. Чтобы вас не дергали «туда-сюда», вы вцепились в то, что у вас есть, как в единственную безусловную реальность. [Снова тишина и вздохи.] Слов недостаточно, тем не менее в конце я хочу спросить вас, есть ли что-нибудь, что вы хотели бы добавить.

Пациентка попросила передвинуть время следующего приема на утро, так как она хотела уехать на выходные. Я смог пойти ей навстречу.

8.1.3 «Юбилейные реакции»

Сомнение и критицизм в отношении себя, свойственные депрессивным индивидам, являются знаками того, что над ними властвует прошлое. Кажется, что прошлое застыло. Чем сильнее прошлое и чувство вины довлеют над депрессивной личностью, тем более закрыто для нее будущее. Феноменология и психопатология переживания прошлого, которые мы рассматривали в первом томе (разд. 8.1), позволяют определить тяжесть депрессии. Чем тяжелее аффективное расстройство, тем более мрачным предстает перед пациентом будущее. Ограничения деятельности при психотической депрессии приобретают форму заторможенности жизненных функций личности. С психоаналитической позиции вопрос сводится к следующему: в какой степени аффективное расстройство вызвано бессознательными *психическими процессами*, которые проявляются также в симптоме потери позитивного ощущения времени? По отношению к депрессивным пациентам мы можем допустить, что расстройство в восприятии времени, описанное фон Гебсаттелем (von Gebsattel, 1954, p. 141), — это расстройство фундаментальной жизнедеятельности, которое психоаналитически можно объяснить бессознательными причинами защиты. Несомненно, что наше восприятие времени тесно связано с ритмом инстинктивного удовлетворения. Следовательно, недостаток в таком удовлетворении должен приводить к ощущению потери, принимающему форму беспомощности и отсутствия будущего. Томэ (Thomä, 1961) описал такие проблемы у пациентов с хронической нервной анорексией.

Во взаимодействии аналитика и пациента интернализованная структура времени трансформируется в текущее, уплывающее и пережитое время (см. т. 1, разд. 8.1). Когда Кафка (Kafka, 1977, p. 152) называл аналитика «сжимателем и расширителем времени», он имел в виду связь между сиюминутно кажущимися противоречивыми высказываниями и возможностью сплетения их в смысловое единство. Следующий пример демонстрирует, как бессознательные маркеры времени могут принять форму «юбилейных реакций».

Урсула X, которой было около 40 лет, пришла к психоаналитику из-за хронической депрессии. Жалобы на депрессию появились у пациентки за двенадцать лет до этого, после самоубийства ее младшего брата. Он был первым сыном в семье, родившимся вслед за тремя девочками. Все домашние восхищались им и оказывали ему предпочтение. Но особенно это каса-

лось матери. Так совпало, что первый сеанс психоанализа пришелся на годовщину его смерти — факт, о котором пациентка сначала умолчала. Однако в ходе терапии стало заметно, что симптомы депрессии ухудшались у пациентки в день рождения и в день смерти ее брата. Поэтому можно говорить о «юбилейной реакции» пациентки. Неосознанные конфликты, казалось, были помечены временны́ми вехами, что заставило меня уделить особое внимание отношениям между пациенткой и ее братом, а также между пациенткой и мною в переносе.

В первый год анализа стали ясны близкие отношения, существовавшие между ними в детстве и поддерживавшиеся пациенткой. От своего брата она получала тепло и защиту, которых не давала ей мать. В то же время она, как старшая из дочерей, чувствовала особую ответственность за него и обязанность выполнять волю родителей. Особенно ясно внутренний конфликт пациентки проявился в 13-ю годовщину смерти брата, то есть год спустя после начала терапии. Испытывая сильные сомнения в себе и под давлением вызванных тяжелой депрессией самообвинений, она пыталась вообразить, что чувствовал ее брат перед тем, как его переехал поезд. Ее страстное желание представить себя на его месте, понять его обнаружило ее собственную борьбу с мыслями о смерти и желанием умереть. Быть мертвой для нее означало быть с братом и достичь долгожданного единения с ним. Годовщиной смерти брата обозначено также и начало второго года анализа, который нужен был пациентке, чтобы все начать сызнова. Анализ свидетельствовал, что она хочет жить и хочет дожить до дня, когда сможет снять траур. Каждый шаг к независимости и выходу из депрессивного отчуждения сопровождался тяжелым чувством вины и переживаниями о том, что она оставляет брата одного, мертвым.

На втором году анализа между мной и пациенткой развилась бессознательная фантазия переноса, в которой я принял роль ее брата, что совпадало с нашей разницей в возрасте. Как аналитик, в воображаемой исключительности наших отношений я удовлетворял ее жажду тепла и защиты. В то же время она мною восхищалась. Проявления чувства зависти случались все сильнее. К последнему перед перерывом на каникулы сеансу (250-му) сомнения пациентки в том, стоит ли ей уезжать в отпуск, были преодолены: она уже заказала билет на самолет. Это должно было стать ее первой самостоятельной поездкой. Она сказала: «Я чувствую угрызения совести, оставляя дочь и родителей, не говоря уже о вас». Затем она совершенно серьезно предложила отправиться в эту поездку мне — вместо нее. Она уже узнала все, что ей надо для этого сделать. Я сказал: «Хорошо, мы можем обыграть эту идею, чтобы выяснить, что означало бы, если б я занял ваше место». Заметно разочарованная, она сообщила мне о том, как она

воображала мое возвращение и последующий рассказ о поездке. Она понимала, что нашла в некотором смысле легкий для себя выход, ведь тогда ей не надо было бы покидать дочь, родителей и меня, а вместе с тем некоторое время спустя она могла бы разделить мое удовольствие от поездки.

После долгого молчания она вспомнила о дне рождения брата, о чем до тех пор не вспоминала. Ассоциация, как оказалось, была вызвана тем, что ее брат часто путешествовал вместо нее или матери и очень живо делился впечатлениями об этих своих поездках. Это была одна из причин, по которой они были близки друг другу. У нее возникало чувство, что они путешествовали вместе. Даже расставаясь с ним, внутренне она чувствовала их соединенность. Мимоходом подумав, что, вероятно, поэтому она будет сильно расстроена в течение нескольких дней, я предложил свою интерпретацию: «Если бы я отправился вместо вас, то мысленно вы были бы связаны со мной, хотя в действительности мы бы расстались. Наоборот, если бы вас отделяла от меня поездка, то вы не были бы уверены в сохранении этой связи». Тут она вспомнила, что всегда просила брата рассказывать о путешествии только ей одной. Теперь ей было стыдно, что она хотела этого только для себя. Она стыдилась и своего желания «присвоить» меня после моего возвращения из поездки. Я сказал: «В таком случае, отправься я в путешествие вместо вас, вы мысленно сохраняли бы связь со мной, и, более того, вы привязали бы меня к себе». Она ответила, что еще сильнее в себе усомнилась, но теперь лучше понимает, что хотела избежать расставания со мной, дабы не брать на себя никакой ответственности и сохранить свое стремление к объединению. После паузы у нее возникла ассоциация: навязчивое чувство вины за самоубийство брата могло отчасти объясняться как раз такими отсылками куда-то вместо себя. Поступая так, она не должна была отказываться от своего места рядом с матерью и тем не менее оставалась способной, идентифицируясь с братом, принадлежать и ему и матери. В конце сеанса она вздыхала и выглядела грустной. «Мне бы действительно очень хотелось, чтобы вы летели вместо меня». Ее амбивалентность мешала ей получить собственное личное удовольствие напрямую — без использования альтруистического переноса.

В приведенном случае анализ был сосредоточен на проработке сепарационных травм пациентки и их повторении в процессе анализа. В результате на четвертом году анализа пациентка впервые забыла о дне рождения брата.

Комментарий. Первоначальное описание этого феномена Фрейдом (Freud, 1895d, p. 162) было надолго забыто, пока Хилгард (Hilgard, 1960; Hilgard et al., 1960) не ввел термин «юбилейная реакция» для обозначения этого явления и не вы-

вил в эмпирическом исследовании предпосылок его возникновения. Было доказано, что «юбилейные реакции» во многом обусловлены травматическими потерями в раннем детстве и приводят к серьезным трудностям сепарации в дальнейшей жизни. Минц (Mintz, 1971) провел клинические различия между двумя типами «юбилейных реакций» в зависимости от того, осознается или нет конкретная дата или событие. В первом случае дата, наступление которой осознается пациентом (например, день рождения или первый день отпуска), может спровоцировать конфликт, связанный с более ранним конфликтом и усиленный им. «Юбилейная реакция» наступает как специфический отклик на неразрешенный конфликт. Для этого случая характерно ежегодное воспроизведение реакции на конфликт при наступлении даты, которую пациент переживает осознанно. Во втором случае временна́я веха, ассоциирующаяся с психологическим конфликтом, находится в бессознательном. Даты развода, рождения или смерти близкого родственника — это энграммы, остающиеся бессознательными. Они заставляют человека испытывать страдания от необъяснимых колебаний настроения и ухудшения симптомов, поскольку в такие дни неразрешившиеся конфликты снова актуализируются, не попадая, однако, в сознание.

Минц, как и Поллок (Pollock, 1971), подчеркивал соединенность бессознательных временны́х вех с психологическими конфликтами, связанными со смертью. Энгел (Engel, 1975) в своем самоанализе приводит многочисленные примеры снов по второму типу «юбилейной реакции». С их помощью можно распознать хранившиеся в бессознательном временны́е вехи — вроде годовщины смерти его брата, близнеца.

Наш пример относится скорее к первой категории. Провоцирующий фактор находится в предсознании и легко воспринимается пациенткой. Природа ее ежегодной реакции — усиление депрессии — иллюстрирует внутренний конфликт. Возрастающая жажда воссоединения при наступлении дат рождения и смерти брата значительно усиливается ее собственными тревогами по поводу смерти. Впечатляет связь между «юбилейной реакцией» и патологической скорбью — особенность, описанная не так давно Шарлье (Charlier, 1987). Поскольку годовщина смерти брата совпала с «днем рождения» анализа, то активизировалось бессознательное чувство вины. Заняться собой и собственной жизнью означало бы для пациентки окончательную разлуку с братом. Этот конфликт проясняет идею искаженного восприятия времени.

Пациентка справлялась с амбивалентным отношением к брату, к которому испытывала и любовь и зависть, при помощи идентификации с ним, что позволило ей поддерживать отношения с потерянным объектом и контролировать чувства, вызванные сепарацией. Таким образом, к «юбилейным реакциям» от-

носятся «проявления и реакции, связанные с временем, возрастом и датами, а также сложные и амбивалентные идентификации и интроекции» (Haesler, 1985, р. 221).

Мы полагаем, что «юбилейная реакция» пациентки принадлежала к амбивалентным идентификациям. Пока она могла «отреагировать вовне» свои конфликты с мужем, у нее не было симптомов. Они появились только после развода, вызвавшего реактивную депрессию, так как у пациентки не было ощущения, что ей разрешено чувствовать себя свободной. Ее партнер выполнял важную функцию замещающего объекта. У пациентки он бессознательно ассоциировался с братом. После развода и сепарации, что бессознательно связалось с потерей брата, оживилось старое чувство вины, и в результате реактивная депрессия перешла в хроническую.

8.2 Жизнь, болезнь и время: реконструкция трех историй

Заглавие отражает сложную взаимосвязь названных трех тем. Наш век очень идеологизирован (Bracher, 1982); нарциссизм стал коллективной метафорой (Lasch, 1979). С точки зрения психоанализа у нарциссизма и у идеологии общие корни. Одна из существенных черт идеологии состоит в том, что она является всеобъемлющей системой идей и политических движений, цель которых — превратить иллюзии в реальность (Grunberger, Chasseguet-Smirgel, 1979, р. 9). Как уже говорилось в первом томе (разд. 4.4.2), человек восприимчив к идеологии в силу своей способности к использованию символов, что связано также с его способностью становиться агрессивным. Именно такая идеология может принимать форму бреда.

Следует подчеркнуть, что, согласно психоаналитическим взглядам, содержание фантазий ребенка связано с историческим периодом, влияние которого передается в первую очередь через семью. Идеологически обоснованное категорическое деление мира на плохих и хороших людей и формирование такой системы ценностей, в которой различные качества становятся взаимоисключающими, начинается в семье и продолжается в школе. Многие люди получают психические травмы, но сохраняют способность освободиться от их пагубных последствий, и порой это выглядит как чудо. Другие усваивают преобладавшие в семье взгляды и перенимают от своих родителей их неосознаваемые предрассудки. Наконец, третьи не выдерживают противоречий и заболевают (Eckstaedt, 1986; Eickhoff, 1986). Такая поляризация ценностей присуща, в частности, симптоматике невроза навязчивости с его чередованием крайностей и связанной

с этим нетерпимостью к себе самому и к людям с другими мнениями. Психопатологическое содержание навязчивости меняется в ходе исторического развития цивилизации, но ее формы остаются неизменными. Это подводит нас к выводу, что роль конкретных психосоциальных факторов в происхождении психических и психосоматических расстройств довольно относительна.

Пример

Несомненно, что нацистская идеология оказала сильное влияние на детство и юность Артура Y, на всю историю его жизни, а также на его болезнь. Безусловно, нельзя не видеть колоссального различия между евреями — жертвами расистской идеологии, их преследователями и невротиками с навязчивыми состояниями. В нашем случае осознаваемые и неосознаваемые идентификации пациента с евреем-жертвой и эсэсовцем-палачом парализовали одна другую и предохраняли его и всех окружающих от возможности лицезреть каждую из этих тенденций в реальности. В этом отношении у Артура Y сформировалась структура характера, сходная со структурой Человека-Крысы или Человека-Волка (примеры, на которых Фрейд показывает бессознательные механизмы невроза навязчивости). Это явление следует учитывать при обсуждении вопроса о том, как идеология передается от одного поколения к другому. Важно понимать, к какой группе принадлежали отец или родители — к преследователям, активным приверженцам, попутчикам, молчаливому большинству, приспосабливающемуся к сложившейся политической ситуации, или жертвам.

Фрагменты разнообразной по тематике терапевтической работы с данным пациентом можно разыскать по прилагаемому индексу пациентов. Подробное изложение истории этого случая поможет читателю разобраться в многочисленных терапевтических виньетках.

В ходе аналитического курса были описаны тяжелые нарушения, затрагивающие личностные, семейные и исторические моменты. Как и всегда, праздным является вопрос, заболел бы пациент или нет, если бы не случилось то или это, то есть если бы у него не было многочисленных травм до и после пубертата.

Артур Y страдал от своего расстройства в течение тридцати лет, пока не предпринял четвертую попытку излечиться, которая и оказалась успешной.

Я как лечащий аналитик был не просто современником пациента. В процессе терапии у меня была возможность реконструировать кое-что из истории психоаналитической техники, испытанной на пациенте. Отказываясь от анонимности, которую я

не могу и не желаю сохранить в этом случае, и оглядываясь назад, я могу утверждать, что подверг ревизии какие-то собственные представления, отразившиеся в терапевтической технике весьма известных коллег, лечивших пациента раньше.

Более того, многие из рассказанных пациентом историй заставили меня вспомнить свою молодость. В процессе этой терапии вновь ожили события моего детства и более поздних лет. Взаимоотношения палача и жертвы многолики.

Семейные истоки

Многие типичные нацистские идеи усваивались семьей пациента точно так же, как и многими другими семьями в 1933 — 1945 годах. Расистское противопоставление арийцев и неарийцев, немцев и евреев было фундаментом, на котором возводились идеализация и предрассудки, своеобразно преломляясь в драме семьи и каждого ее члена, во всей жизни маленькой деревушки.

Родители пациента с энтузиазмом поддерживали Гитлера, который оставался для них идеалом вплоть до самого конца юношеского периода жизни пациента, то есть до начала 1950-х годов. Отец был преуспевающим владельцем мельницы и вторым, вслед за местным помещиком, человеком в маленькой деревушке Южной Германии, где не было ни одного еврея. Он служил в армии с 1939 года и не вернулся — пропал без вести. Много лет спустя его объявили погибшим. Мать пациента, родившая четырех детей для «фюрера и народа», связывала со своим старшим сыном — пациентом — особенно большие надежды. После войны она чувствовала себя очень неуверенно и с работой на мельнице не справлялась. Хроническая депрессия в конце концов привела ее к самоубийству. У пациента были брат и сестры. Брат родился в 1939 году, а две сестры — в 1940 и 1942 годах.

Семейные обстоятельства сказались на формировании идеала Я пациента: первенец не оправдал родительских ожиданий. По словам пациента, мать никоим образом не могла им гордиться. Он не в состоянии был припомнить, чтобы хоть раз был счастлив оттого, что им восхищаются. Он не соответствовал идеалу немецкого мальчика 1930-х годов. По его собственному признанию, до прохождения анализа пациент смотрел на себя и на мир глазами своей матери. После рождения брата мать стала обращаться со своим старшим как с маленьким плаксой, и каждый день в детском саду он вел себя соответствующим образом. Его реакция на рождение брата выразилась в том, что каждый день он пачкал трусики. Так как ему не позволялось оставаться дома, прогулки в детском саду и особенно возвращения домой стали ис-

точником унижения и муки. Его обмывали из резинового шланга в комнате, где обычно стирали, а также забивали скот. Тотальность его травматического опыта стерла все положительные чувства, которые он вполне мог когда-то испытывать, ибо просто невозможно поверить, используя метафору Кохута, в то, что глаза его матери никогда не светились при взгляде на старшего сына.

Повторяющийся травматический опыт пациента в связи с испачканными трусиками усугублялся тем, что его дразнили слабаком или как-то еще, ведь о нем нельзя было сказать расхожее «жесткий, как подошва, прочный, как сталь Круппа, и быстрый, как борзая». Он не был похож на больших, сильных и хорошо смотрящихся мальчиков — он боялся таких и в детском саду, и позже.

Страх уничтожения, которым сопровождалась его жизнь, был так велик, что лишь через много лет он смог рассмотреть возможность быть самому тоже агрессивным и проецировать свою агрессивность на других. Однако он освобождался от страха, рассматривая в качестве спасения от жизни быструю безболезненную смерть.

Воспитанный атеистом, он провел несколько лет в школе-интернате, где его навязчивые мысли приобрели религиозное содержание. Учитель-садист и учитель-гомосексуалист сформировали его представление о Боге, при этом в обязанности гомосексуалиста входил присмотр за больными детьми. Впрочем, пациент не поддался ни тому ни другому и не был использован и изнасилован «до конца», что бы это ни значило. Тоска по отцу еще больше увеличивала его горе. Смесь гомосексуальности и садомазохизма была так заразительна, что первая навязчивая идея овладела им после прочтения детектива, под влиянием которого он сам решил совершить преступление, описанное в книге, — отравить учителя-садиста. В панике он бросил книгу в унитаз. Отделавшись от описания преступления, которое подало ему идею, он избавился и от тревоги.

Мать забрала его домой из интерната, чтобы он стал помогать на семейной мельнице. Его дядя вступил в права владельца, пока семья ожидала возвращения пропавшего без вести отца. Они не верили, что он погиб. И мать и бабушка жили иллюзией и надеждой, что смогут поддерживать мельницу в порядке до его возвращения, хотя она не приносила дохода. Дядя, у которого была интрижка с матерью пациента, и управляющий клали деньги, получаемые с мельницы, в свой карман. После их отъезда пациент пытался поддерживать мельницу в рабочем состоянии, пока не закрыл ее, что произошло незадолго до надвигающегося банкротства. Он остался с большими долгами, которые покрывал, продавая имущество. С тех пор Артур Y работал продавцом, и ему удалось выбиться в люди. Однако успешная карь-

ера столь же незначительно повлияла на его самооценку, как и то обстоятельство, что он женился и мог бы гордиться своей очень привлекательной и умной женой, понравившейся ему с первого взгляда и родившей троих прекрасно развитых детей.

Симптомы

Всю свою жизнь пациент отчаянно пытался преодолеть серьезные противоречия в себе самом. Он преуспевал в своей профессии, несмотря на сильный страх совершить убийство и защитные ритуалы в форме навязчивых мыслей и действий. Он даже смог взять под контроль свою зависимость от алкоголя; каждый день он жил ради успокоительного аффекта, который алкоголь приносил ему по вечерам.

Нужно еще упомянуть об одном глубоком терапевтическом инсайте. Пациент как-то спросил: если выполнять все приказы, исходящие от воображаемого абсолютного правителя (общим знаменателем которых в понимании пациента была направленность против удовольствия и сексуальности), то приведет ли это к тому, что он станет единственным и любимым сыном? Эти проекции власти и бессилия и соответствующие быстро сменяющиеся одновременные идентификации уводили далеко назад, за пределы уровня патологического разрешения эдипова конфликта.

Известно, что смысловое содержание такого возвеличивания и обесценивания может быть разным. Наличие одного полюса диагностически подразумевает существование другого, так как мазохистское самоуничтожение типа «я — кусок дерьма» обязательно связано с более или менее осознаваемыми анально-садистскими идеями величия. Навязчивые ритуалы, приводящие к временному снятию тревоги, могут принимать разнообразные формы.

В теориях объектных отношений, то есть с точки зрения взаимозависимости внутреннего и внешнего, содержанию ценностных систем и абсолютному разделению добра и зла придается такое же значение, какое Фрейд придавал объектной идентификации Я:

> Если они [эти идентификации] возьмут верх и станут слишком многочисленными, чрезмерно мощными и несовместимыми друг с другом, патологический исход не заставит себя ждать. Это может привести к расчленению Я на ряд последовательных идентификаций, изолированных друг от друга сопротивлением. Возможно, секрет случаев, известных как «раздвоение личности», состоит в том, что разные идентификации завладевают сознанием по очереди. Даже если дело не заходит так далеко, остается проблема конфликтов между различными идентификациями, которые разрывают Я на части... (Freud, 1923b, pp. 30 — 31).

Психогенез

Реконструкция различных психогенетических факторов, скрывающихся за симптомами пациента, должна быть сфокусирована на взаимоисключающих несовместимых идентификациях. Говоря упрощенно, они соответствуют интериоризированным установкам родителей. Если же рассматривать этот вопрос более детально, нельзя не учитывать вслед за Лёвальдом (Loewald, 1980, p. 69), что содержание и идеи идентификации указывают на интериоризацию также и взаимодействий. Например, когда мать пациента полагала, еще до своей болезни, то есть когда пациент был ребенком, что умственно отсталых нужно убивать («головы им посворачивать»), тогда объект (умственно отсталый или его голова) интериоризировался в поведенческом контексте. Если несовместимость разнообразных идентификаций рассматривать как общий знаменатель, то нетрудно будет выстроить последовательность, которая тянется от ранней амбивалентности к последующему расщеплению личности.

Таким образом, процесс, изолирующий друг от друга разные идентификации личности, может привести к замыканию порочного круга, охватывающего всю жизнь человека. Например, пациент воспринимал как собственную неудачу то, что обстановка, в которой он вырос, радикально изменилась по достижении им десяти лет, когда умер его обожаемый идеал (Адольф Гитлер). Сначала пациента воспитывали как атеиста, и он обожествлял фюрера и обвинял евреев. Позже он очутился в конфронтации с наказующим Богом, чьи «земные представители» усиливали внутренние конфликты пациента.

Теперь я начну реконструкцию этого процесса, основываясь на данных, полученных в процессе психоанализа. При этом я буду руководствоваться категориями, которые вводит Фрейд в процитированном выше отрывке. Они включают: (а) расщепление Я на разнообразные идентификации — от захвата власти до самоизоляции, — так что (б) последующие идентификации восходят к предшествующим. Особенно важен тот факт, что Фрейд (в сноске к приведенному выше тексту) проследил истоки идеала Я вплоть до «первой и самой важной идентификации» — с *родителями*.

Удивительно, что Артуру Y удавалось скрывать свое состояние от окружающих. Даже его близкие родственники не знали, что он страдал от сверхтревожности и навязчивых мыслей. Он боялся, что может закончить свой путь так же, как мать, в самоубийстве которой он винил себя, так как не выдержал ее жалоб и вышел из себя за день до ее смерти. Он думал, что самоубийство могло бы уберечь его от гораздо больших несчастий, например от изоляции в тюрьме или психиатрической ле-

чебнице за совершение сексуального преступления. Подобные навязчивые идеи впервые стали появляться, когда ему было двадцать лет. Именно тогда у него появилась надежда, что его будущая жена могла бы ответить ему взаимностью. В то время Артур Y втайне прошел психиатрическое лечение в стационаре, но оно не принесло облегчения. Позднее, в ходе двух продолжительных курсов психоаналитической терапии, он достиг некоторых инсайтов, которые затем были углублены во время классического психоанализа, длившегося примерно 600 часов.

Хотя пациент страдал от сильных колебаний симптомов тревоги и навязчивостей, он был в состоянии продолжать работать без терапии. Его опытность в своей сфере и превосходная способность вызывать симпатию у покупателей позволяли ему быть всегда на высоте, несмотря на то что навязчивые идеи оставляли его редко. Один вид чего-нибудь красного, хлюпанье носом, звук некоторых гласных могли привести его к жестокому приступу тревоги и навязчивому стремлению ее избежать.

Смертельная болезнь младшего брата ухудшила его состояние, и он решил обратиться ко мне. После первой консультации ему запомнилось только одно — мой акцент. В то время я направил его к своему коллеге для прохождения вышеупомянутого курса психоанализа, так как сам собирался вскоре переехать в другой город. Как оказалось, завершив терапию, пациент принял предложение, сулившее ему выгодную работу в том же районе, куда должен был переехать и я. Поэтому ему показалось логичным снова проконсультироваться у меня спустя двадцать лет.

Профессиональные достижения Артура Y и прочность его семьи не уменьшили его отрицательного отношения к себе и не ослабили владевших им навязчивостей. Лишь чисто абстрактно он понимал, что отчасти обладает волей и кое-что умеет. И все же, когда я спросил его, начиная анализ, как он ощущал бы себя, если бы освободился от всех тревог, он спонтанно ответил: «Тогда я стал бы невыносимо высокомерным». Благодаря расщеплению Я ему удалось сохранить не только свое бессознательное высокомерие. Бок о бок в нем сосуществовали также и несовместимые идентификации с жертвой и с преследователем. С течением лет возрастало содержимое этих идентификаций-объектов согласно фрейдовской «объектной идентификации». В качестве жертвы он идентифицировался с евреями, которые были объектом презрения и предназначались для уничтожения, а садистски он бессознательно идентифицировался с героями и их медалями. Фрейд обязан своим открытием идеи *всемогущества* пациенту с неврозом навязчивости. Артур Y распространил область невероятного на сферу *произвола*. Связать воедино жертву и преследователя, найти соединительное звено — это похоже на попытку найти квадратуру круга. К счастью, па-

циент абсолютно не желал походить ни на того, ни на другого. И все же в своей жизни он снова переживал эти мысли всякий раз, когда им овладевало соответствующее настроение; и тогда он начинал ощущать нечто ужасное или невероятное в том, что видел и слышал.

По теоретическим и терапевтическим соображениям, основанным на альтернативной гипотезе Фрейда о навязчивом повторении, я считал, что такие попытки пациента решить свою проблему обречены на неудачу, поскольку его бессознательные идентификации были расщеплены и накладывались друг на друга. Объясняя, почему повторяются тревожные сны, Фрейд рассматривал их функцию с точки зрения решения проблемы в смысле ретроспективного овладения травматической ситуацией. Если Я осуществляет «функцию синтеза» (Nunberg, 1930), то логично проанализировать повторения (включающие не только тревожные сны) с точки зрения успешности попытки овладения проблемой или ее решения. Другими словами, имеет смысл спросить, почему пациент не сумел, даже с помощью психоанализа, освободиться от повторений своих тревог и навязчивостей.

Явно недостаточно просто удостовериться в несовместимости бессознательных идентификаций и в том, что они безраздельно властвуют над мыслями пациента. Доминируют же они до такой степени, что ощущение пациентом своего Я ежеминутно предельно перегружено депрессивным аффектом. Важный вопрос состоит в том, как и почему образуется такое расщепление. Реконструировать причину в данном случае помогло рассмотрение накопленного травматического опыта, который превышал способность пациента к интеграции во всех фазах его жизни, вплоть до старшего подросткового возраста.

Последствия пережитого далеко превосходили содержание главных страхов и навязчивых мыслей пациента. Так, уже начавшаяся поляризация его внутреннего Я, как и расщепление, спровоцированное исподволь введенной в него дома идеологией, была усилена двумя учителями в интернате, олицетворявшими любовь и ненависть. Эти два учителя воплотили в себе гомосексуальные и садомазохистские ожидания и страхи, заблокировавшие в мальчике любые возможные изменения. Произошло даже обратное: стабилизировались уже существовавшие в то время структуры, хотя в этом возрасте высока вероятность трансформаций (Freud, 1905d).

В попытках одного из учителей завоевать его чувства и в наказаниях, которым его подвергал другой учитель, пациент узнал свои собственные искаженные желания, балансирующие между удовольствием и неудовольствием. Поучительна в этом контексте одна сцена из анализа. Прошло немало времени, прежде чем пациент почувствовал себя на кушетке настолько удобно и

безопасно, что уже не опасался стать гомосексуалистом или нарушить мой порядок скомканным одеялом, которое он не сворачивал аккуратно в конце сеанса. Сначала он боялся, что из-за одеяла я его возненавижу и прекращу терапию. Вряд ли нужно упоминать, что идея прекращения терапии была его попыткой отгородить себя и меня от гораздо худших событий. Каждый раз, когда пациент вновь достигал равновесия, он пытался отстоять свое сопротивление идентичности, следуя терминологии Эриксона (см. разд. 4.6). Эриксон так описал сопротивление идентичности:

В более мягкой и более обычной форме идентичным сопротивлением является страх пациента, что аналитик в силу своего характера, образования и мировоззрения может умышленно или по легкомыслию разрушить слабое ядро идентичности пациента, внедрив в него свое собственное. Без колебаний я сказал бы, что некоторые из широко дискутируемых неизлеченных неврозов переноса у пациентов, как и у обучающихся психоаналитиков в тренинг-анализе, — это прямой результат того, что идентичное сопротивление анализируется в лучшем случае недостаточно систематически (Erikson, 1968, p. 214).

Пациент стал смелее, несмотря на то что продолжал демонстрировать удовольствие от своей власти в ее мазохистских и саморазрушительных формах, бессознательно принимая участие в садистских актах.

Болезнь вспыхнула в момент, когда его полюбили и когда он достиг невообразимого успеха, — так бывает у тех, кто строит жизнь только на успехе (Freud, 1916d). С тех пор жизнь пациента проходила в бесплодных попытках достичь нарциссического совершенства в бизнесе и в семье. Собственное альтруистическое жертвенное поведение было для него источником не только счастья, но и бесконечных обид, непрерывно подогреваемых бессознательными садомазохистскими идентификациями.

Хотя пациент давно освободился от идеологии нацизма, укрепившаяся в нем поляризованная система ценностей все еще определяла его самооценку. Его готовность к самопожертвованию ради своей семьи была почти беспредельна. Когда его обижали, он обращал свою агрессию на самого себя. Что касается работы, то здесь он также достиг успеха — благодаря своей расположенности к покупателю или, точнее говоря, благодаря своей идентификации с жертвой, которой он должен был продать свои товары.

В заключение хотелось бы еще раз вернуться к упомянутой выше теме, то есть к проблеме происхождения чередующихся объектных идентификаций и их, по терминологии Фрейда, расщепления. В более общем смысле речь идет о взаимозависимости между *содержанием* и его психопатологической *формой*. Очевидно, что на процессы идентификации у пациента влияла

не только нацистская идеология, при этом разные влияния были во многом несовместимы. Тем не менее совершенно ясно и то, что первичные идентификации, с одной стороны, а также доэдиповы и эдиповы конфликты — с другой, играли независимые роли. Множественность личности, мысли о двойнике и alter ego существовали задолго до того, как пациент нашел свой идеал в Гитлере. Можно было бы описать отчаянные и тщетные попытки пациента преодолеть психологический конфликт между носителями его идентификаций словами из рассказа Стивенсона о докторе Джекиле и мистере Хайде (см.: Rothstein, 1983, p. 45), но тогда мы недооценили бы *суммарное* влияние взаимно несовместимых идентификаций на развитие патологии, то есть на ее формы. С другой стороны, учет только ранних процессов защиты, таких, как проективная и интроективная идентификация, тоже привел бы к неправильной оценке их значимости, так как была бы упущена из виду роль многолетних травматических переживаний пациента. По этой причине мы и подчеркнули выше, что процессы интернализации (или формирования «внутренних объектов») включают в себя также *идентификацию с процессами взаимодействия.*

Наш пациент не мог бы повторить вслед за Фаустом: «Но две души живут во мне...» — так как одна душа — идентификация с агрессором — была глубоко спрятана в бессознательном, а другая — идентификация с жертвой — наполняла его паническим страхом. В ходе анализа Артур Y сумел интегрировать расщепленные части своего Я, что мы описали, рассматривая организацию медицинского страхования (см. разд. 6.4 и 6.5).

Человек, страдающий от себя самого в такой форме, наделен эмпатией и состраданием к другим людям и поэтому далек от того, чтобы совершить преступление.

8.3 Интерпретации

Следующий отчет о лечении содержит некоторые интерпретации (см. разд. 1.3) из психоанализа пациентки, страдающей истерией тревоги. Терапия проводилась много лет назад (Thomä, 1967), и дословной записи сеансов не велось. Сейчас, как и тогда, интерпретации подобраны с дидактической целью: описать в терминах клинической практики устранение симптомов истерии.

Во время лечения Беатрис X страх беременности и родов заместил ее более ранние симптомы истерии тревоги, описываемые в разделе 9.2, в котором мы рассказываем о самих симптомах и о начальной стадии терапии. Пациентка не могла реализовать свое желание и желание мужа иметь детей из-за не-

вротического страха беременности и родов и, как следствие, крайне строгого предохранения. Постепенное выздоровление пациентки вновь оживило ее желание иметь ребенка, но в то же время вернулись и ранние ее тревоги, связанные с эдиповым комплексом.

Однако прежде, чем комментировать эту проведенную четверть века назад терапию, нам хотелось бы описать, как изменились наши взгляды в результате *пересмотра теории женского развития.*

По мнению Фрейда, развитие девочек осложняется тем, что они перенаправляют свою любовь от матерей к отцам. В 1930-х годах значимость этой смены объекта была существенно уточнена благодаря исследованиям женщин-психоаналитиков. Если предположить, что у женщин первичной является материнская фиксация и идентификация — термины, которые Фрейд ввел в свою теорию развития женщины (Freud, 1931b, 1933a), — то все сложности, неправильно приписывавшиеся смене объекта, исчезнут. Если серьезно относиться к этой идентификации в истории жизни женщины, тогда бессознательная имитация женской манеры поведения является средством, с помощью которого девочки, играя, готовят себя к материнской роли. В конце концов, нормальная женщина строит свои объектные отношения, идентифицируясь со своей матерью. Так считала Лампль-де-Гроот (Lampl-de-Groot), хотя и не опубликовала эти идеи до 1953 года.

Эдиповы конфликты могут не вызывать сколь-нибудь значительного чувства тревоги в ходе формирования самооценки женщины. Например, вероятно, что описанные X. Дейч (H. Deutsch, 1930) женские страхи — кастрации, изнасилования, родов — проявляются только у тех женщин, чья базовая идентификация с матерью была нарушена (Thomä, 1967).

Теперь уже назрел (Roiphe, Galenson, 1981; Bergmann, 1987) самый, быть может, радикальный пересмотр основ психоанализа — пересмотр теории развития женской идентичности и сексуальной роли женщины. Закрепленный глубоко в ядре личности ощущением «я — женщина» или «я — мужчина» *психосоциальный* источник половой идентичности возникает сразу после рождения. Мать и отец обозначают свое восприятие пола младенца жестами, словами и тем, как они обращаются с ним. Хотелось бы специально отметить работу Столлера (Stoller, 1976), который ввел концепцию ядра половой идентичности и упомянул о первичной женственности. Наряду с радикальной ревизией значимости, приписываемой первичной идентификации девочки со своей матерью, что уже зафиксировано в массе публикаций, изменилась и психоаналитическая трактовка женской сексуальности в более узком значении этого слова (см.:

Chasseguet-Smirgel, 1974). Неправильное понимание психопатологии женского оргазма служило в течение десятилетий источником самовнушенного стресса у проходящих терапию женщин. Например, Бертин (Bertin, 1982) сообщил, что Мария Бонапарт — аристократка, обратившаяся к Фрейду и впоследствии ставшая его другом, — пошла на пластическую операцию клитора, чтобы преодолеть фригидность. Неточное предположение Фрейда о причине фригидности, к которой он относил нарушение в переходе от клиторального к вагинальному оргазму, а также другие заблуждения насчет женской сексуальности многие годы сводили на нет результаты терапии фригидных женщин.

Значимость первичной идентификации как источника возможных отклонений, конечно, не должна приводить, даже в экстремальных случаях, включая транссексуализм, к ошибочному заключению о том, что женственность или мужественность фиксируется в первый год жизни. При благоприятных обстоятельствах сильное влияние на половую идентичность, особенно в подростковый период, могут оказать дружба, детский сад, школа, а также лица, замещающие матерей или учителей. В послеэдиповый период все еще возможно формирование новых, дополнительных идентификаций, более глубоких, чем просто имитация, но использующих последнюю в качестве отправной точки. Поиски и обнаружение ролевых моделей способствуют самолечению.

Открытые Фрейдом бессознательные защитные процессы часто пересиливают саму природу. Тогда, как в случае с Беатрис X, истерические страхи продолжают свое существование вследствие эдиповых конфликтов. Независимо от фактов конкретной биографии пациентки, которые, судя по описанной ниже невротической тревожности, связанной с беременностью и родами, запускают механизм вытеснения и другие защиты, к фундаментальным проблемам идентификации всегда «прилагаются» конфликты эдиповой фазы.

В ходе терапии, по мере того, как мы рассматривали эдиповы конфликты, связанные со страхами пациентки, Беатрис X удавалось их преодолевать. У нее впервые в жизни возникли эмоциональная привязанность к женщинам и идентификация с ними. Она стала более интенсивно дружить и сама по глубокому, страстному желанию посетила старую няню, с которой провела многие годы в эвакуации во время войны.

У Беатрис X было множество гомоэротических снов. На 258-м сеансе ей приснилась моя жена. Беатрис X вообразила, что стала ее пациенткой, но тут же начала уверять меня, что вполне удовлетворена мною. Ее по-прежнему заботила потеря в переносе отцовской любви, если она сблизится с матерью. Ес-

тественно, что она старалась получать информацию от беременных или недавно родивших подруг.

Комментарий с сегодняшней точки зрения. Даже помимо отрицания своих эдиповых желаний в переносе у Беатрис X были веские причины чувствовать себя несчастной со своим аналитиком и вернуться к мечтам о его жене. После долгих колебаний аналитик не сдержал данного ей обещания составить небольшой список книг по половому воспитанию, что в данном случае не причинило бы серьезного ущерба. Если, руководствуясь принципом нейтральности, аналитик отказывается дать информацию, он упускает шанс укрепить психотерапевтический альянс и — в материнском переносе — возможность идентификации. Отказ в разумном требовании получить информацию у эксперта мешает пациенту получить косвенное удовлетворение на эдиповом уровне, а также разрушает идентификацию. В этом случае аналитик откровенно руководствуется идеей, что всякое косвенное удовлетворение не соответствует интересам анализа. Сегодня нам известна фрустрационная теория терапии, которая удостоверяет, что жесткое следование принципу нейтральности ошибочно. Он изначально был малообоснован, и неудивительно, что Вайс и Сэмпсон (Weiss, Sampson, 1986) опровергли его. Их исследование, весьма похожее на клинический опыт, доказывает превосходство альтернативной гипотезы Фрейда, предполагающей, что с помощью психоанализа, используя поддержку аналитика, пациент пытается овладеть травматическими переживаниями и справиться с конфликтами, которые до того были ему неподвластны. В рассматриваемом случае игнорирование желания пациентки получить от аналитика список книг о сексуальном воспитании осложнило перенос, ослабило терапевтический альянс, заставило пациентку отвернуться от терапевта и рассматривать женщину как более подходящую ролевую модель для получения искомой информации. Если бы аналитик действовал гибко и допустил материнский перенос, то, на наш взгляд, пациентка могла бы воспользоваться этим, чтобы идентифицироваться с ним.

Теперь воспроизведем несколько сеансов, полезных для изучения эдиповых страхов пациентки. Эти описания можно рассматривать как пример схемы протокола, о котором упоминалось в разделе 1.3.

261-й сеанс

Беатрис X сказала, что она ждала этого сеанса, но однажды на приеме ожидание стало невыносимым и ей захотелось убежать.

Она сказала, что счастлива со своим мужем, но ее не радует вечеринка, запланированная по случаю окончания строительства

магазина. Она сказала, что, конечно, хочет быть там, но к предвкушению удовольствия примешивается беспокойство. Она подчеркнула, что очень рада за своего мужа и что у нее нет никакой зависти к его успеху архитектора.

Сновидение. Она вошла в комнату. Какой-то мужчина устанавливал свет и кинокамеру, у него не было на нее времени. Она расстроилась.

Пересказав сновидение, пациентка снова поведала о своих переживаниях по поводу предстоящей вечеринки.

Примечание. Сеанс начался на пять минут позже. Поэтому мне хотелось привлечь внимание пациентки к ее предполагаемому разочарованию. Я задал наводящий вопрос: «У этого человека не нашлось для вас времени?»

Реакция. Пациентка не ответила, но заговорила о своих желаниях: как было бы чудесно оказаться в центре внимания на этой вечеринке. Потом она в подробностях описала свою сексуальную жизнь. Она сказала, что обычно не испытывает оргазма, так как сдерживает себя и не проявляет активности, когда возбуждение нарастает. Ее останавливает страх получить травму, если она будет очень активна.

Она сказала также, что муж не прав, уделяя ей так мало времени. И добавила, что это из-за нее, ибо она занимается по вечерам всякой чепухой, вместо того чтобы получать удовольствие от общения с мужем.

Примечание. Бессознательно пациентка стремилась выставить себя напоказ, стать центром внимания и испытать оргазм. Но она боялась травмы. Вследствие стремления удержаться от эксгибиционизма она увидела во сне человека, у которого не было на нее времени. Этот мужчина разочаровал ее, и она получила возможность жаловаться, чтобы поддержать вытеснение собственных сексуальных желаний.

Интерпретация. В соответствии с ходом своей мысли я обратился к одному из предыдущих сновидений, в котором она танцевала и демонстрировала себя на людях, и сказал ей, что у нее есть желание показаться в состоянии сексуального возбуждения, но из страха, что возбуждение может быть чрезмерным, она вынуждена остановиться. Тогда-то она начинает жаловаться на то, что я уделяю ей недостаточно времени.

Реакция. Это было стопроцентное попадание, и не последовало никаких «но». Она добавила, что думала о сновидении и своем страхе перед родами.

Сновидение. Она видела бледного ребенка — малыша своей школьной подруги, всегда выглядевшей плохо. (Во сне было ясно, что женщина имела слишком частые, опасные для будущего ребенка половые сношения во время беременности.) Некий

мужчина посадил маленького мальчика на слона, между ушами, и она очень боялась, что с мальчиком что-то случится.

Ассоциации. Она узнала, что на последних неделях беременности женщине следует избегать половой близости. Уши слона напомнили ей женские половые губы. Она ощутила смутную тревогу по поводу беременности и родов, а именно по поводу какой-то возможной утраты.

Примечание. Снова появилась знакомая тема травмы и потери. Я вспомнил о фантазиях пациентки во время дефлорации и о страхе, что ее влагалище совсем разорвется и навсегда останется открытым. Ребенок не внес ничего нового, никаких новых переживаний. Ей казалось, что нечто отвалилось, упало (мальчик между ушами/половыми губами). Меня озадачило тождество пениса и ребенка. Ребенок ничего не прибавляет к ее образу Я, но он выпадает. Почему?

Интерпретация. У нее было впечатление, что при родах она бы получила травму и что-то потеряла. Мальчик сидел там, где у слона хобот, то есть это было так, будто мальчик теряет свой хобот/пенис. Ей казалось, что, по сравнению с братом, ею нечто утрачено, а именно пенис, и она боялась, что травма увеличится при родах.

Реакция. Она не припомнила такой идеи насчет брата, но сказала, что ей стало ясно, сколь много стояло за мыслью о травме и предчувствием какой-то потери во время родов. Ее расстроило, что она не избавилась от этой мысли и этих снов, несмотря на свое лучшее понимание открытого в них смысла.

Ее страх потери стал еще яснее на следующем сеансе, причем почти без всякого участия с моей стороны.

264-й сеанс

Хотя она действительно стремилась обсудить запланированное через несколько дней открытие офиса, в наш разговор ворвалась другая тема. Она затрагивалась несколькими сеансами раньше и касалась идеи потерять или уронить что-то. Она сказала, что у нее был странный сон об этом.

Сновидение. Из ее влагалища вывалились вереницей куски печени. Она была в ужасе, отчаянии, панике. Она нагнулась, чтобы понять, что это, и вырвала из себя эту цепочку. Затем ей снилась женщина, желавшая подарить такой кусок печени ее матери, но та отказалась.

Ассоциации. Пациентка повторила описание своего ужаса и отвращения. Затем перешла к страху потерять ребенка во время беременности. Ее мысли были о заслуживающей внимания согбенной позе, с помощью которой она преодолела страх. И действительно, пациентка часто принимала это положение, чтобы облег-

чить тревогу. Она едва касалась пола, слегка опираясь на пальцы ног и опустив ягодицы на пятки. Способ, которым она преодолевала тревогу, напоминал то, как она трогала область своих гениталий. По поводу сна пациентка пришла к выводу, что, очевидно, она боится потерять контроль над нижней частью тела. «Да, точно, я всегда боюсь истечь кровью и умереть во время месячных».

Мимоходом она обронила, что впервые за последние годы стала способна есть за одним столом с мужем. Это — позитивное изменение, которое стоит отметить в связи с проработкой разнообразных страхов.

265-й сеанс

После вчерашнего сеанса она была счастлива; ее муж послал ей цветы, но без записки. Однако ей стало не по себе от одной нелепой мысли. Она подумала об обмене пары туфель, купленных позавчера. Эта мысль пришла к ней одновременно с другой, что было бы прекрасно поехать на железнодорожную станцию с пациентом, которого она встретила в комнате ожидания и у которого была машина. Сейчас ей не по себе от этой идеи и от чувства вины по отношению к мужу.

Примечание и интерпретация. В своей интерпретации я принял во внимание, что перед сеансом пациентка несколько задержалась в комнате ожидания. Мимоходом я отметил, что упомянутый ею пациент заинтересовался ею. Я указал, что она ведет себя так, будто ничем не поощрила его.

Реакция. Она ответила, что вынуждена признать справедливость моих слов. Я подчеркнул, что по этой причине она не садится в поезде напротив мужчин. Она признала, насколько ей приятно чувствовать к себе интерес мужчины.

Примечание. Вероятно, это было смещение переноса. Пациент, о котором шла речь, был пожилой, женатый мужчина, у которого, как она думала, было много женщин. Раньше она несколько раз жаловалась на мальчишество мужа, отсутствие в нем качеств и опыта ее отца. Она перенесла свои инцестуозные желания на этого пациента.

Интерпретация. Во взаимодействии с пожилым, более опытным и похожим на ее отца мужчиной — через сексуальные отношения со мной — она бы нашла подтверждение, которое никогда не могла найти раньше, поскольку в ее фантазиях отец имел сексуальную связь только с матерью. Теперь за эти желания она испытывала чувство вины, которое пыталась подавить.

Реакция. Она сказала, что я прав на сто процентов и что ее муж к тому же иногда проявлял себя по-отцовски.

Примечание. Поскольку страх инцеста мешал пациентке выражать свои желания в отношениях с мужем, то последние подвергались расщеплению, а супружеские отношения обеднялись,

то есть бессознательно она воспринимала своего мужа кем-то вроде брата.

В *ответ* на мою соответствующую *интерпретацию* пациентка добавила, что, видимо, поэтому в течение долгого времени она не могла заниматься любовью с мужем.

275-й сеанс

Справедливо предположив, что женщина, с которой она только что встретилась по пути в клинику, — моя жена, пациентка очень расстроилась и захотела уйти. Она сказала, что теперь ей здесь больше нечего делать и не имеет смысла говорить о личном. Отвечая на мой вопрос, она добавила, что рядом с моей женой чувствует себя не просто легкомысленной, но и маленькой. Ее часто принимают за незамужнюю семнадцатилетнюю девушку.

Примечание. Пациентка переживала случайную встречу на эдиповом уровне. Она испытывала вину за свои инцестуозные желания и устраняла их, с одной стороны, выталкивая их в область симптоматики, а с другой — уверяя себя, что она еще слишком маленькая. Таким образом, она стеной отгородилась от стремления к инцесту.

Интерпретация. Недавно пациентке уже снилась беременная женщина в моей комнате. Я интерпретировал это в том смысле, что, по ее мнению, она не может быть этой женщиной и как бы сообщает своей матери: «Я не вступаю в незаконную связь со своим братом/аналитиком».

Пациентка уловила эту мысль. Речь зашла о форме поведения, которую она обычно использовала, чтобы скрыть свои желания. Аналитику следовало стать соблазнителем и оставлять за собой последнее слово, например при назначении времени приема. Мы снова вернулись к теме посещения ее матери. Я сказал, что она не затем приходит ко мне, чтобы, как у матери, отдохнуть и почувствовать себя маленькой, беспомощной и не нуждающейся в мужчинах (аналитик как отец).

Она подхватила эту мысль, заметив, что не знает ничего более прекрасного, чем прийти к матери вместе с малышом. У нее даже была фантазия посетить меня вместе с мужем и ребенком, которого они так желают и которого она в один прекрасный день надеется родить.

Итоговый обзор. Положительная идентификация с собственным полом, которая понемногу сформировалась у пациентки, ослабила страх беременности и родов. Очень вероятно, что это сильно облегчило ей путь к зачатию. Беатрис X уже в течение двадцати лет здорова и стала матерью нескольких детей. Все данные говорят о том, что ее случай завершен успешно. Пациентка освободилась от страха и ведет спокойную и счастливую жизнь в своей семье.

8.4 «Отыгрывание вовне»

Как подробно объяснено в первом томе (разд. 8.6), в последние десятилетия под влиянием теории объектных отношений сильно изменилось традиционное понимание «отыгрывания вовне». Современная теория иначе оценивает как суть этого явления, так и его происхождение. Например, на понятии «отыгрывание вовне» и связанном с ним понятии «отыгрывание вовнутрь» можно особенно наглядно продемонстрировать последствия поляризации между классической терапией, инсайтом, основанным на интерпретации, и терапией эмоционального переживания. Эта поляризация восходит к разногласиям между Фрейдом и Ференци, которым до сих пор не уделено достаточно внимания. Кремериус (Cremerius et al., 1979) призвал аналитиков преодолеть эту поляризацию, поставив вопрос: «Существуют ли *две* психоаналитические методики?» Подходы к явлению, традиционно называемому «отыгрыванием вовне», дают отличную возможность интегрировать эти расхождения и односторонние подходы.

Феноменология «отыгрывания вовне» очень разнообразна. Тем не менее, как только мы выходим за пределы описательной феноменологии в психоанализе, мы натыкаемся на вопрос о функциональном статусе тех или иных действий. Поскольку этот статус включает индивидуальные и диадические аспекты, необходимо исследовать «отыгрывание вовне» как в анализе, так и за его рамками в контексте переноса и контрпереноса одновременно. Его функция может быть либо доброкачественной, либо злокачественной. Пациентка, перехватившая взгляд жены аналитика в момент, когда искала объект для женской идентификации, продемонстрировала свою изобретательность в преодолении воображаемой ущербности. В случае, описанном в разделе 2.2.4, пациентка нарушала ход терапии, постоянно вламываясь в сферу частной жизни аналитика. В этой связи мы уже обсудили, что поведение пациента частично зависит от личной ситуации аналитика и от конкретной формы, которую приобрела его терапия. Так как в других местах этой книги можно найти многочисленные примеры того, что принято называть «отыгрыванием вовне», здесь мы ограничимся двумя случаями «внутреннего отыгрывания», «отыгрывания вовнутрь», которое еще со времени Балинта потеряло свой первоначальный негативный смысл.

Первый пример

Ингрид Х пришла на первый после трехнедельного перерыва, связанного с Рождеством, сеанс и заявила, что хотела бы показать кое-что. Не ожидая ответа, она подошла к кушетке, стала на колени и начала раскладывать гадальные карты таро. Она попро-

сила меня сесть на ближайший к ней стул, разложила карты так, как они легли накануне Нового года, и сказала, что с помощью карт нашла подтверждение нашему пониманию ее судьбы.

Мы брали каждую карту и подробно рассматривали. Она объяснила, какие особенности фигур привели ее к определенной идее. В центре ее внимания находились трофейные кубки, которые были либо полны (жизнеспособны), либо треснуты (символ непрожитой жизни). Она была особенно тронута картинкой, на которой признала себя в фигуре одинокого отшельника.

Ядром ее самоинтерпретации была мать, которая не дала ей украшенную чеканкой чашу, хотя вроде бы ничего для нее не жалела.

Когда она закончила рассказ, я почувствовал, что она ждет от меня каких-то комментариев. Предполагалось, что я буду участвовать в подытоживании того, чего мы достигли. После этого она, по-видимому, удовлетворилась, сложила карты и легла на кушетку. Если бы существовал каталог необычных ситуаций, возникающих в деятельности отдельных психоаналитиков, то эта ситуация, несомненно, пополнила бы его. Особенно необычно было то, что все произошло как само собой разумеющееся. Отказаться или следовать правилам значило бы просто оскорбить ее чувства. Затем пациентка рассказала богатый событиями сон. Первый образ был навеян моим кабинетом, за ним следовали другие сцены, намекающие, среди прочего, на недавно закончившуюся любовную связь. Рассказывая сон, она отметила, что пыталась во сне навести порядок в своих вещах.

Никак не связывая сон с нашими отношениями, Ингрид X стала описывать, как она провела Рождество с мужем. Они уже преодолевали подобные проблемы. Потребность пациентки дать предельно полный отчет о праздниках заставила меня замолчать. Но спустя почти полчаса обилие подробностей вынудило меня указать пациентке на то, что она хотела привнести в терапию все пережитое и уже в самом начале сеанса ввела необычную тему. Она стала осознавать, что происходит.

П: Да, для меня это важно. Пройтись по всему, рассказать вам все. Кстати, я всегда так делаю, даже когда не с вами; я веду с вами беседу и позволяю вам принять участие в том, что меня занимает.

Затем она сообщила, что таким образом поддерживала «диалог» со мной в течение двух недель. На этом месте внутреннее взаимодействие, по-видимому, внезапно оборвалось. Не без гордости она отметила, как вместе с другими (друзьями и знакомыми) она сумела продолжить такого рода самокоммуникацию.

В этой ситуации я спросил, была ли связь между потерей ее внутреннего взаимодействия со мной и картами таро. Оказалось, да. Этот инсайт поразил нас обоих. Мы установили, что потеря внутреннего взаимодействия компенсировалась ее ухо-

дом в магическое. Мир карт таро занял место отсутствующего аналитика и использовался при смене старого года новым, чтобы справиться с нашим совместным прошлым и ожидающим нас будущим. Мое сочувствие ее желанию известить меня о результате гадания на картах привело к установлению связи между периодом, предшествовавшим перерыву, и предстоящим. Ингрид X вспомнила важные в ее эмоциональном опыте отношения с учителем игры на виолончели, которому она всегда могла принести все, что хотела. Если она хорошо выполняла задания, оставалось достаточно времени, чтобы показать учителю интересные книги или новые роликовые коньки. Ее живое, утешающее воспоминание вызвало другое, полное боли: ей не хватало матери — та всегда активно занималась собственной карьерой. Однако по многим причинам пациентке удавалось как-то компенсировать некоторые постоянные разочарования, относящиеся к ее взаимоотношениям с матерью, и найти им удовлетворительные заменители.

В контексте ее биографии совместный анализ ее «внутреннего открывания» привел к выводу, что наши отношения зеркально отражают те, что существовали когда-то у нее с учителем-виолончелистом. Вследствие длительной разлуки аналитик стал огорчающей, отсутствующей матерью, а затем — в роли учителя игры на виолончели — дал возможность пациентке привнести элемент игры. Он должен был особенно оценить ее способность находить замещающие решения, которыми пациентка справедливо гордилась. Но если огорчение было слишком сильным, эти решения могли и не помочь. В качестве примера она упомянула, что ее отчим не очень старался подыскать ей достойный подарок, а просто отдал ей книгу по искусству, полученную им от какой-то компании на Рождество. В этом примере ощущалась скрывавшаяся за ее предыдущими удачными проявлениями самообладания жажда личного внимания.

Карты таро можно расценить как попытку, успешную в данной ситуации, восполнить потерю внутреннего объекта — аналитика, — переключившись на внеличностный уровень, на котором она могла бы подвести итог нашим предыдущим усилиям. Перерыв активизировал негативный материнский перенос. «Кем или чем была наполнена чаша, в которой ей отказала мать (аналитик)?» Избегая опасного аффекта, пациентка сумела воспользоваться преимуществами идеализированного материнского переноса в форме «внутреннего отыгрывания», чтобы обсудить свое одиночество («одинокий отшельник»).

Второй пример

Несмотря на успешную карьеру и разнообразие интересов, делавшее его занятным собеседником для широкого круга друзей, Теодор Y чувствовал себя одиноко и неспокойно. Его внеш-

ний вид противоречил его низкой самооценке. Он считал себя абсолютно непривлекательным.

Его отец погиб на войне, и мать должна была много работать, чтобы дети получили хорошее воспитание. Вдобавок к бедности на его детство и юность тяжелым бременем легла депрессия матери. После периода полового созревания у него не осталось сомнений в том, что он склонен к гомосексуализму. Он пришел к терапевту, после того как под влиянием алкоголя его гомосексуальность спровоцировала кризис в социальных отношениях.

На 350-м сеансе он с тревогой вспомнил о случае, происшедшем почти пятнадцать лет назад, после которого он с новой силой вернулся к попыткам вступить в гомосексуальный контакт. В течение нескольких месяцев у него была женщина, с которой он имел нормальные половые отношения. Потом он запланировал путешествие с другом, что крайне огорчило подругу, и она устроила ему скандал за то, что он не хотел взять ее с собой. Во время путешествия он узнал, к своему ужасу, что его друг и возлюбленная собираются пожениться. Вернувшись из поездки, пациент сделал вид, будто ничего не произошло. Это так удивило меня, что я непроизвольно выпалил: «И у вас не нашлось ни одного крепкого слова для вашего друга?» В контрпереносе я поставил себя на его место и ожидал проявлений ревности, не учтя, что подобный треугольник предлагает разного рода «преимущества», объясняющие отсутствие нормальной ревности.

На следующий сеанс он пришел гораздо раньше обыкновенного. Спертый воздух в комнате и сильный ветер на улице вывели его из себя. После короткого словесного и молчаливого противостояния он широко раскрыл окно. Довольно долго мы стояли рядом. Поскольку снаружи было очень холодно и он все же был прав насчет воздуха, я вскоре произнес: «Достаточно, теперь мы можем закрыть окно».

Теодор Y немедленно заговорил о предмете нашего вчерашнего сеанса. Слушая, я заметил, что все еще занят недавней сценой, о которой он больше не вспоминал, и поинтересовался, имеется ли связь с тем, о чем он говорит сейчас.

А: [После короткой паузы.] Мне кажется, я задел вас за живое — как на последнем сеансе, так и сейчас.

П: [Неистово.] Нет-нет, мне просто нужен свежий воздух.

А: Судя по происшедшему только что, вас, наверное, задела критика по поводу вашего друга.

Даже вторая попытка не убедила пациента. Он обратил мой довод против меня.

П: Мне кажется, скорее всего, задеты вы, и это вы вне себя, ибо мне не нужны ни вы, ни ваш спертый воздух.

Прежде чем вернуться к обсуждаемой ситуации, он еще долго говорил об агрессии и о зле как таковом.

П: И теперь, даже переча вам, я ужасно беспокоюсь. Я боюсь, что вы страшно рассержены на меня. Здесь я понимаю, что вы умнее... Я сейчас встревожен и боюсь вашей агрессии... или своей?.. Такое ли вы совершенство?.. Вчера вы сказали: «Очень интересно». Важный аналитик интересуется мной или... да, что «психологически» очень интересно — вот то, что вас действительно интересует.

Затем последовал долгий монолог. Наконец он остановился.

П: Заговорил вас до смерти?

А: Действительно, мне кажется, вы как бы примерили мою роль и в этом смысле переговорили меня.

П: Да, чего-то такого я и опасался. [Пауза.]

А: Я хотел сообщить вам, что вчера допустил ошибку. Вот почему я заинтересовался тем, как вы ведете себя сегодня, — никогда прежде вы не приходили в такое бешенство.

Снова Теодор Y отрицал взаимосвязь двух мыслей моей конструкции в начале сеанса и снова увяз в философских рассуждениях. Ближе к концу сеанса я снова попытался установить диалог.

А: Хотелось бы попросить вас послушать меня некоторое время. Возможно, вы будете совершенно не согласны с тем, что я скажу. Мне кажется, я кое-что подметил — то, чего сейчас вы заметить не можете. Возможно, что ваши задетые чувства также имеют отношение к моей фразе «очень интересно».

Эти слова немедленно успокоили пациента. Впрочем, уходя, он смотрел подозрительно.

После сеанса я спросил себя, что означал запах, заставивший его открыть окно. Действительно ли острую боль ему причинило то, что мой интерес к нему мотивирован «чисто психологически», профессионально?

Следующий сеанс Теодор Y начал примирительно.

П: Если вы сможете убедить меня в том, что вы чувствовали и говорили вчера, ну, с этой штукой с окном... тогда я действительно кое-чему научился бы. Это выглядит типичным для меня. Поэтому вы сказали, что это важно, и я не обратил на это внимания.

А: Раз вы так просите меня об этом, вам что, действительно это интересно или вы просто желаете сгладить впечатление от вчерашнего срыва и быть снова послушным?

П: Нет, мне так не кажется. Мне кажется, вы медлите, чтобы понять, что случилось... Так что же вы можете показать мне? Я идиот. Я не могу. Да, верно, моя тревога улеглась... Я открыл и закрыл окно, это что-то напоминает мне... В итоге беспокойство, смущение, безобразная сцена.

А: Вы говорите об этом не так, как вчера.

Я ввел эту интерпретацию, желая подчеркнуть прогресс в ходе его мыслей от вчерашнего к сегодняшнему дню.

П: Кхе, вчера я не мог все знать, замечать и проговаривать одновременно.

Так Теодор Y отреагировал на скрытый в моей интерпретации критический намек.

А: Да, вы, конечно, правы.

П: Итак, я идиот.

Меня интересовало, принял ли он теперь скрытую в моих словах критику. И я решил предложить другое объяснение вчерашнего инцидента.

А.: Теперь я сообразил, что вы ощущали гораздо большую опасность, чем я мог себе представить.

П: На сеансе в среду мы говорили о моем друге. Когда вы обвинили меня, что я ничего не сделал с ним, я почувствовал себя дураком.

Теперь Теодор Y упомянул о страхе, который был мне заметен вчера, и о связанном с ним смущении. Я вспомнил название одного из фильмов Фасбиндера «Angst essen Seele auf» (буквально: страх съедает душу).

А: Страх — это не пустяк. Он разрушает, мешает реализовать свой потенциал. Даже в разговоре. Страх съедает душу.

П: Хорошо... Вчера утром, на работе, до сеанса, было то же самое; секретарша сказала мне: пропади ты пропадом. Ужасно. Они все тупицы... А я маленький мальчик, меня не понимают. Мой босс тоже: он глуп. А я талантливый мальчик, не раскрывший себя... Действительно, живая иллюстрация того, как страх съедает душу. Сцены на работе и с окном очень похожи, тот же страх. О Боже, как вы правы! Если бы вы видели меня на работе. Душа маленького, беспомощного мальчика запуталась в паутине, обнажена, выставлена напоказ. Вас, должно быть, уже переполняет жалость. «Бедняжка»...

А: Меня — жалость, а вас — стыд.

П: [Сбитый с толку.] Мне — стыдно? Хорошо, я попробую докопаться до сути. Кто я? Мой аналитик чувствует по отношению ко мне то же, что я к секретарше. Мне кажется, я хочу и этого и того одновременно, ну и просто чтобы вы заткнулись... Ну, потом прибегаешь к эдакому благородному гневу — но и это не помогает.

На мой взгляд, желание пациента допустить, чтобы его приятелю и его подруге все сошло с рук, было связано с тем новым содержанием переноса, которое появилось благодаря моей реплике на позапрошлом сеансе: в обоих случаях пациент просто остолбенел. Он был не в состоянии соперничать или затевать ссору, ибо предательство так глубоко задевало его, что он был словно парализован. Моя реплика о том, что он не смог проти-

востоять своему другу, была из той же серии. Я «кастрировал» его своей критикой.

А: Наверное, мы можем утверждать, что все случившееся вчера случилось потому, что в ваш адрес прозвучала критика. Это и есть мой ответ на ваш вопрос, что нового я имею сообщить вам сегодня.

П: Да. [Долгая пауза.] Если я не сопротивляюсь — это недостаток мужественности. Я теряюсь, когда меня вынуждают отвечать на удар. Вы сами были свидетелем этого. Ну, так же, как это было вчера с окном, и с моим ранним приходом сегодня, и как сегодня утром на работе. Люди нервничают, когда вы говорите им правду. Уязвимость — вот что. Но что есть правда?

Теодор Y пустился в интеллектуальный экскурс на тему правды. Правды, которую невозможно постичь умом. Вероятно, он больше жаждал «правды чувств».

П: Конечно, мои чувства неясны, но моя уязвимость, ранимость исключительны. Правда. И то, что я не мужчина... Резонанс чувств — важная вещь. Это стоит срифмовать. Звучание чувств в унисон заново создает целое, исцеляет. Вы могли бы сыграть свою роль в этом. [Долгая пауза.] Что я здесь не понял? Теперь я взглянул на сцену с окном так, как ее видели вы.

Теодор Y вновь разобрал сцену с окном.

П: У окна я по-настоящему ощутил, что кастрирован. Потому что вы стеснили меня. И я тогда устроил большую бузу и даже не осознал вчера этого... Но это не давало вам права закрывать окно прямо перед моим носом. Все это верно. Мое преувеличенное внимание к мужественности, моя агрессивность. Я готов убить ради того, чтобы доказать себе самому, что я мужчина. Я хочу идти своим путем, пусть даже убийцы, если мне нужно это доказать... Сейчас мне не лучше... Я весь комок нервов. Вчера я ощутил настоящую боль и растерялся... Вы снова теперь скажете, что я ипохондрик.

Это был типичный для пациента тон: полусерьезный-полуиронический. Он всегда рассчитывал на то, что, несмотря на напущенный им туман, его собеседник сможет осознать серьезность ситуации. Кроме того, таким способом он пытался защититься от нее.

А: Я полагаю, теперь мне пора вам помочь.

П: Вы сможете?

Снова ирония. За ней слышались недоверие и удивление.

А: Вы станете ипохондриком, если нам не удастся понять, почему вы чувствуете себя кастрированным. Вы не станете ипохондриком, если я докопаюсь, что за несчастье вызывает в вас такие мысли. Будет лучше, если вы ощутите признание того несчастья, которое заставляет вас чувствовать себя маленьким, кастрированным или еще каким-то — сами подберете нужное

слово. Признание и будет помощью. Тогда вы не провалитесь в бездну, выбирая между убийством и самоубийством.

Затем пациент оказался в состоянии через сильные ассоциации признать мою (аналитика) способность и выносить его, и действовать в очерченных им самим границах. Тем самым он был подготовлен к ожидавшей его «проработке» (Bilger, 1986).

8.5 Проработка

8.5.1 Повторение травмы

Поляризация катарсиса и проработки повлекла за собой дискуссию об отношениях между переживанием и инсайтом. По нашему мнению, такая полемика выглядит искусственной, если основываться на допущении, что одним из аспектов мастерства аналитика является умение найти эмоционально насыщенную связь между настоящим и будущим пациента. В такие моменты травматическое переживание может быть пережито повторно, но уже в новых — более благоприятных — условиях, позволяющих пациенту активно управлять тем, что раньше сопровождалось пассивной установкой. Фрейд обобщил это следующим образом:

Я, некогда пассивно переживавшее травму, теперь воспроизводит ее активно в ослабленном варианте, надеясь на свою способность управлять его течением. Очевидно, именно так ведут себя дети в отношении каждого огорчившего их впечатления — повторяя его в своей игре. Переходя, таким образом, от пассивности к активности, они пытаются психически справиться со своим переживанием (Freud, 1926d, р. 167).

Далее мы представим со своими комментариями несколько фрагментов курса психотерапии, блестяще документированного Хименесом (Jiménez, 1988). Наша цель состоит в том, чтобы продемонстрировать, как травма воспроизводится в переносе, и описать ту роль, которую играют катарсис и проработка. В данном случае аналитик облегчил воспоминание травматического опыта пациента и его дальнейшую проработку, впрямую сославшись на гомосексуальное растление его отцом; это создало реалистичную и дистанцированную установку в терапевтических отношениях и оказалось тем поворотным пунктом, после которого пациент стал значительно лучше различать свой прошлый опыт с отцом и новый опыт отношений с аналитиком (Strachey, 1934).

Отчет о лечении

Питер Y, высокообразованный 40-летний мужчина, обратился ко мне по совету священника из-за сексуальных и эмоцио-

нальных трудностей в отношениях с женой. В течение первых сеансов он много говорил о своей общей неудовлетворенности жизнью. У него был травматический опыт гомосексуального совращения отцом-алкоголиком, который несколько раз принуждал его к оральному сексу (феллацио), когда пациенту было 11—13 лет. Тогда такие эпизоды происходили регулярно каждый раз, когда отец возвращался из деловых поездок, где проводил бóльшую часть времени, и составляли главное содержание отцовско-сыновних отношений. В начальном же интервью пациент на удивление беспристрастно рассказал об этих эпизодах, сразу же добавив, что не является гомосексуалистом, но страдает преждевременной эякуляцией, и это угрожает его браку. В истории своей жизни он считал определяющим моментом наличие суровых внутренних запретов в отношениях с женщинами, резко контрастировавших с богатством его эротических фантазий. Он почти всегда пребывал в состоянии сексуального возбуждения; это было пыткой, избежать которой удавалось лишь на время с помощью мастурбации.

На первых же сеансах стало очевидно то, чтó заставило пациента именно в это время обратиться за помощью к психоаналитику. Причиной его беспокойства было опасение повторить со своим сыном тот травматический опыт, который был у него с его отцом, то есть опасение совратить собственного сына, совершив с ним феллацио.

Несмотря на серьезность ситуации, я не видел признаков психопатологии, которые позволили бы подозревать в нем больного с пограничным расстройством. Напротив, я пришел к выводу, что это, скорее всего, тяжелый случай невроза.

В этом месте полезно остановиться немного на проблеме диагноза в психоанализе. Мы согласны с Кернбергом (Kernberg, 1979) в том, что пациент не может рассматриваться как пограничный больной только на том основании, что его фантазии содержат архаические, примитивные элементы. Это было бы столь же безосновательно, как диагностировать перверзию на основании фантазий об извращениях. Всегда следует принимать во внимание описательные психопатологические и структурные аспекты. Если бы рассматривалось лишь содержание бессознательных фантазий, множество людей попало бы в категорию тяжелобольных, что означало бы лишение диагноза его важнейшей функции — различения. Уделять внимание формальным аспектам бессознательных фантазий, то есть структуре их содержания, можно лишь в личностном контексте. Необходимо определить их влияние на поведение в целом и на характер структурирования терапевтических отношений в частности.

Воспроизведение травмы в переносе

После шести месяцев анализа (здесь не аннотируемых) напряжение во время сеансов постепенно стало спадать. Питер Y был хорошим сновидцем. Его сны и ассоциации облегчали понимание переноса и реконструкцию его бессознательной истории жизни. Материал позволял проникать в разные слои его идентификации с отцом и матерью.

Сексуальные отношения с отцом изменялись от одного сна к другому, что позволяло мне добираться до более глубоких слоев. В одном из снов его мать показывала ему грудь в очень провоцирующей манере. Он также увидел своих мать и подругу лежащими в постели, раскрашенных, как шлюхи, и отвернулся от обеих. Он видел себя живущим чрезвычайно достойно, как епископ, уходящим в монастырь, несмотря на просьбы обеих женщин, умолявших его изменить решение. На 192-м сеансе Питер Y рассказал сон, содержавший многочисленные варианты травматического опыта: «Я совершаю половой акт с женой, но очень необычно. Я мастурбирую внутри ее влагалища. В то же самое время мы целуемся, и это действительно важно. Каждый достиг оргазма и эякулировал собственным ртом в рот другого».

Воспоминания пациента сводились к его героическим попыткам избежать расстраивавших его прегенитальных сексуальных и эдиповых желаний, направленных на отца и мать, и обрести покой в монастыре; однако тут его тревога приобретала другую форму — появлялся страх быть соблазненным другими послушниками или священниками.

На более глубоком уровне фиксация Питера Y привела к тому, что любые межличностные отношения стали переживаться как сексуальные провокации, разрушающие всех в них участвующих. Извращенные половые акты, сопровождавшиеся орально-фаллическим удовлетворением в подростковом возрасте, усилили его бессознательную фиксацию на материнской груди. Соответственно, в его бессознательных фантазиях я играл в отношениях переноса роль его растлевающих родителей. Он быстро переключал приписываемые мне роли с отцовской на материнскую и наоборот; такая быстрая смена символического взаимодействия облегчалась спутанностью разделений телесного образа на саморепрезентации и объектные репрезентации.

Поцелуи и нежность являлись действительно весьма важным элементом отношений в вышеупомянутом сне. Разумеется, в переносе также воспроизводились все прежде сформированные компромиссы. На уровне симптоматики примером такого компромисса служила преждевременная эякуляция. Рассказывая свои волнующие сны, пациент в переносе стимулировал мои интерпретации, вкладывая слова в мой рот таким же образом, как некогда эякулировал в рот отца.

Независимо от того, каковы могли быть другие бессознательные желания Питера Y, следовало отталкиваться от того факта, что он был исключительно смущен и унижен поведением отца. Постепенно я стал осознавать, что в состоянии регрессии пациент воспринимал мои интерпретации как вторжения, посягающие на его автономию и заставляющие принимать женскую позицию. Он вовлекался в интенсивный и сексуализированный обмен словами, где каждый из нас достигал нарциссического удовлетворения: он — благодаря изложению весьма важных снов, а я — отвечая на это «блестящими» интерпретациями.

Кроме этих фантазий, Питер Y продемонстрировал и другие переносы. Сны с политическим и агрессивным содержанием, о борьбе за власть и т.п., равно как и «отыгрывание вовне» в переносе, изобличали соперничество со мной. Было очевидно, что, рассказывая такое количество снов, пациент делал для меня невозможной сколько-нибудь детальную интерпретацию. Я много раз указывал ему на этот факт, интерпретируя это как амбивалентность. Более того, когда я полагал разумным интерпретировать какой-то определенный аспект сна, он слишком быстро соглашался, говоря «да, конечно», «да, это так и есть» только для того, чтобы продолжить свою тему, не проявляя никаких признаков того, что мои интерпретации произвели на него какое-либо впечатление. Это отсутствие ответа на мои слова меня раздражало, я чувствовал, что его «да, конечно» было скорее знаком его желания доставить мне удовольствие или даже рабской покорности. Это пассивно-агрессивное поведение соответствовало его характеру и позволяло ему контролировать ход сеансов. Впоследствии стало ясно, что на самом деле он прислушивался к моим интерпретациям и запоминал их. Так, вслед за сеансом, на котором, как он позднее признался, у него возникло ощущение, что я его ограничиваю, ему приснился следующий сон. Он пытался продолбить дыру в земле, используя для этого тяжелый стальной лом. Тут появился генерал, который заявил, что лом является его собственностью, и воткнул его в рот пациента, что тот счел религиозным ритуалом. Тем не менее во сне пациент был в сильнейшей панике, поскольку восстал против власть имущих, чувствуя при этом ярость от унизительной необходимости терпеть этот лом во рту. Пока он еще пребывал в полусне, лом преобразился в пенис.

Комментарий. После того как аналитик и пациент обнаружили в самом акте интерпретации и ее содержании травматическое побочное действие, вполне логично было усмотреть в образе генерала вторгающегося отца (аналитика), особенно учитывая, что сам пациент при пробуждении именно так интерпретировал события сновидения. В переносе, таким образом, воспроизводилась беспомощность пациента, и он чувствовал, что имеет так же мало права оказывать сопротивление генералу, как ранее — отцу. Однако, быть может, более точным было бы утвер-

ждение, что пациент никогда, ни в отношении отца, ни в отношении генерала, в действительности *не хотел* сопротивляться? Извращенный половой акт доставлял компромиссное удовлетворение одновременно целого ряда его желаний и фантазий. Упомянув некоторые из них, можно сказать о том, что его стремление к отсутствующему отцу находило удовлетворение тогда, когда отец ставил себя в положение абсолютной зависимости от сына. При семяизвержении пациент сам становился генералом и на бессознательном уровне использовал рот как своего рода вход в пещеру (или еще куда), одновременно идентифицируясь с сосущим человеком. Наконец, нельзя не отметить существующей связи между удовольствием, которое пациент получает от власти, и его гневом при злоупотреблении ею. Его зависимость от отца (а на более глубоком уровне — от матери) и от инстинктивного удовлетворения была связана со злоупотреблением властью.

В противоположность этой констелляции переноса, после интенсивной проработки трудностей пациента он описал сны, в которых нашел выражение более реалистичный позитивный перенос. Там я представал в образе учителя, терпеливо дающего объяснения ученикам, хотя при этом доминировал гомосексуальный перенос с быстрым переключением мужских и женских ролей.

В контрасте с терапевтическими отношениями пациент говорил о возросшей удовлетворенности повседневной жизнью. Ощущение большей уравновешенности способствовало росту его работоспособности, и он смог успешно утвердить себя в глазах шефа. Он заметил смягчение своих внутренних запретов по поводу женщин, а также улучшение потенции.

В результате пациент пришел к сексуальному «отыгрыванию вовне», продолжавшемуся длительное время и постепенно приобретавшему важное значение в переносе. Он вступил в половую связь с девушкой, которая несколько раз в неделю убирала у него в доме; эти тайные отношения ограничивались интенсивными ласками, обычно заканчивавшимися эякуляцией без эмиссии. Одна из целей такого «отыгрывания вовне» в дополнение к другим бессознательным мотивам состояла в том, чтобы облегчить груз гомосексуального переноса со мной. Если последний возрастал, пациент пропускал сеанс и впоследствии объяснял это тем, что использовал появившуюся возможность провести этот час дома наедине с девушкой.

В этот период гомосексуальный перенос всегда проявлялся как нечто преследующее пациента, чему он пытался противостоять. Повторение этих фантазий и их интенсивность привели меня к предположению о существовании сильной фиксации в негативной фазе эдипова комплекса, которая из-за травматического опыта в период полового созревания препятствовала развитию позитивной идентификации с отцом.

Желая оказать пациенту бóльшую поддержку в преодолении спутанности его идентичности, я изменил свою стратегию интерпретирования. Теперь я подчеркивал контраст между реалистичными позитивными аспектами наших отношений в настоящем и агрессивными прегенитальными повторами. Моей целью было преодоление эротизации, которой искал пациент. Я понял в это время, что часто именно те интерпретации, которые его особенно затрагивали, служили удовлетворению его гомосексуальных фантазий. После перерывов в анализе пациент подсознательно ожидал моментов, когда отец совращал его по возвращении домой (он в среднем жил дома не более 3—4 месяцев в году). В течение долгого времени мы вращались в порочном круге. Мы представляли аналитическую пару, где пациент своими снами и ассоциациями стимулировал мою интерпретативную работу, не только приносившую ему удовлетворение, но и ощущавшуюся как насилие — садомазохистский круг. Все, что я ему говорил, только подтверждало мой гомосексуальный интерес к нему. Когда я это осознал, я стал практиковать большую отстраненность и попытался разорвать порочный круг, прибегая к частому молчанию.

После того как мы неоднократно обсудили эту проблему, пациент рассказал на 385-м сеансе следующий сон: «Я хотел забрать в каком-то офисе важный документ, может быть результаты обследования в кабинете врача. Я удивился, обнаружив, что это кабинет юриста, а документ — из суда. Новым сюрпризом было то, что это оказалось полицейское управление. Шеф полиции подверг меня суровому допросу, в то же время очень нежно меня лаская. Я выбежал наружу, впрыгнул в автобус и только тут заметил, что, проскочив через заднюю дверь, сел не в тот автобус и еду в неверном направлении».

Комбинация ассоциаций пациента и моих соображений позволила мне интерпретировать это так, что он якобы пришел на анализ в поисках защиты, адвоката, который защитил бы его от отца, растлившего его, и матери, заставившей его чувствовать себя больным. В процессе анализа ему становилось все труднее отличать свой новый опыт со мной от детских отношений с родителями. Он ответил, что это произошло потому, что нечто, ранее совершенно скрытое, повторилось в этих новых отношениях и доставило ему большое удовольствие. Затем, в первый раз за все время анализа, я впрямую назвал его отца гомосексуалистом и алкоголиком, что очень задело его и заставило вспомнить недавний сон. Он видел дверь со множеством ржавых висячих замков, которые определенно не открывались долгое время. Он ассоциировал комнату с хранилищем сжиженного газа. Я объяснил, что он просто сообщил мне о том, как трудно ему было отворить мне дверь в свою память и быть откровенным по поводу отца, ведь он боялся взрывоопасного вещества, спрятанно-

го за дверью. Тогда он упомянул о колоссальном стыде и страхе от того, что открыл мне свои гомосексуальные желания и фантазии. Анализ пошел в неверном направлении, ибо «задняя» дверь была *спутана* с «передней», как и я — с отцом.

Комментарий. Мы выделили в аналитическом отчете слово «спутана», так как им отмечен поворотный момент, более детально описанный в последующем кратком изложении хода терапии. Дистанцировавшись от извращенца-отца и совращающих родителей пациента, аналитик самоопределился через акт суждения (оценки), что, по-видимому, прояснило смешение, бывшее результатом травматического опыта и не уменьшавшееся от интерпретации гомосексуального переноса. Пациент принимал интерпретации слишком буквально, за чистую монету, вероятно испытывая при этом чувство удовлетворения, ожидая и, возможно, опасаясь, что его отношения с аналитиком закончатся таким же образом, как с отцом. И все же аналитик явно прошел проверку, в конце концов убедительно отделив себя от отца. Эффект такого прояснения не следует недооценивать. Необходимо утвердиться в позиции вне повторяющегося переживания для того, чтобы преодолеть такого рода *смешение*. Рекомендуем читателям обратиться по этому поводу к разделу 9.3.2, где приводится критика пациентом интерпретаций, которые потерпели неудачу в качестве попыток сбалансировать новые переживания пациента с аналитиком и воспроизведение прошлого опыта, прервав тем самым цикл повторения.

Реальный инцест и гомосексуальное растление детей являются причиной серьезных травматических переживаний, так как нарушают границы, цель которых гарантировать автономию. Такая безопасность необходима для развития человеческих фантазий и желаний, для того, чтобы ребенок был способен различать внутреннее и внешнее на многих уровнях социальной действительности. Половое насилие со стороны родителей или других взрослых разрушает это пространство, являющееся табу по многим разумным соображениям. Желания и фантазии на эдиповом и инцестуальном уровнях приобретают глубокий антропологический смысл именно благодаря существованию табу, то есть тому, что в реальности инцеста не происходит. В противном случае безнадежное смешение поколений катастрофически воздействует на формирование идентичности детей и подростков. Как показывает история данного случая, после гомосексуального растления или инцеста отца и дочери, матери и сына остается глубокое чувство небезопасности. После этого все кажется невозможным. Действительный опыт инцеста фундаментально под-

рывает в ребенке уверенность в себе и доверие к другим (см.: McFarlane et al., 1986; Walker, 1988).

Примечание. Описанная выше динамика сеанса заслуживает особого внимания, так как именно под ее влиянием я изменил терапевтическую технику. Думая о происшедшем, я убедился, что это изменение было не только результатом моей рефлексии, но и результатом глубокой проработки со стороны пациента, имевшей место параллельно с гомосексуальным переносом. Моя интерпретация, что Питер Y спутал меня со своим отцом в переносе, подчеркивала аспект повторения или, иными словами, искажения, вносимого коренящимся в прошлом переносом. Все же я подозревал, что сам внес некоторый вклад в развитие этой констелляции переноса. Вторая интерпретация подчеркивает доверие к восприятию пациента (в том смысле, в каком это рассматривается Гиллом и Гоффманом (Gill, Hoffman, 1982), а не его искажение.

Оглядываясь назад, я прихожу к выводу, что мог гораздо раньше обнаружить и более ясно интерпретировать механизм развития воспроизведения в переносе. В любом случае последствием моих усилий по дифференциации было то, что с этого момента здоровые черты пациента стали играть основную роль в преодолении травмы. Тот факт, что я сумел утвердить себя как реальную личность, отличную от его гомосексуального отца, сформировало базу для дальнейших попыток прервать круговое движение проективных и интроективных идентификаций.

Комментарий. Поднимаемая здесь проблема, а именно — как психоаналитик выполняет свою функцию помощи пациенту в достижении изменений и преодолении травматических переживаний, имеет исключительно фундаментальное значение. В отношениях переноса повторение является одной стороной медали, называемой «сходством». В этом смысле восприятие пациентом усилий аналитика оказать на него влияние как вторжение или соблазнение можно считать совершенно правдоподобным, точным и реалистичным. Другая сторона медали в том, что слово «различия» должно звучать так же серьезно. Не открытие *сходства*, а восприятие *различий* выводит из цикла повторения. Как упоминалось уже в связи со смешением, эта проблема имеет воздействие на весь психоанализ, не ограничиваясь одной школой. В рамках кляйнианской школы длительное время пренебрегали вопросом о том, каким образом новый опыт приводит к изменениям, то есть прерывает циркулярный процесс проективных и интроективных идентификаций. Очевидно, что терапевтический эффект психоанализа состоит не в повторении травматического опыта и его циклическом воспроизведении в переносе, а в прерывании его.

Катарсис

Информация буквально выплеснулась из Питера Y за короткий период в четыре сеанса (с 341-го по 344-й). В большом волнении он описывал сексуальные эпизоды с отцом. Впервые он упомянул свою тоску по отцу во время его отлучек и как был счастлив, когда отец возвращался. Он описал, как отец начинал пить и становился все веселее, как нежно касался его, и как возрастало возбуждение, и как все заканчивалось тем, что отец становился перед ним на колени и сосал его член до момента эякуляции. Он описал противоречивость своих чувств: половое желание соседствовало с тревогой и стыдом, сильное чувство триумфа во время эякуляции в рот отца сменялось последующим ощущением вины и одновременно власти над отцом. Этот отчет был чрезвычайно эмоционален и представлял собой резкий контраст навязчивому стилю начальных интервью. После этого катарсиса мне стало очевидно, что его сознательные воспоминания об этих эпизодах были лишены всяких чувств. Он сказал мне, что по молчаливому уговору с отцом хранил эти случаи в тайне от матери, а через два года решил прекратить эти отношения, так как чувствовал себя все более незащищенно. Его поддержал священник. Затем пациенту стало ясно, что его образ агрессивного совратителя-отца был неполным. Он осознал, что его отец был слабым и алкоголиком и что между ним и отцом было тайное соглашение, служившее взаимному удовлетворению.

Преодоление травматических переживаний

Катарсис сопутствовал дистанцированию пациента от отца, что можно было видеть в изменившемся характере переноса. Особенно впечатляющим было то, что Питер Y смог установить свободные от тревоги отношения со своим сыном. Его новый опыт, приобретенный в процессе терапии, позволил ему принять на себя родительскую ответственность и испытать сопереживание со своим сыном. Он попытался нарисовать образ отца, каким он хотел бы видеть его в детстве. Его эротизация снизилась, а способность к рефлексии, к самоанализу возросла. Пациент признал мою работу и принял то, что он узнал в анализе, как нечто новое. Сеансы стали спокойнее, пациент не так часто рассказывал о своих снах. Я же меньше комментировал и интерпретировал. Пациент признал также свое гомосексуальное влечение к отцу, которое в течение длительного времени оставалось очень сильным. В то же время он понимал, что это было замещающим удовлетворением и компенсацией, сопровождаемой депрессивными реакциями, — за недостатком тех обычных вещей, которые роднят отца с сыном.

В этот период пациенту приснился следующий сон:

П: Я шел по улице. Пожилой джентльмен шел мне навстречу, он занимал все пространство, и мне пришлось сойти с тротуара. Я нес под мышкой огромный, очень длинный рулон оберточной бумаги. Я прошел вперед и заметил, что кто-то пытается забрать его у меня сзади, стало трудно его удерживать. Это пожилой мужчина беспокоил меня. Я вошел в дом, развернул бумагу и обнаружил гигантскую рождественскую елку, украшенную так, как только можно себе вообразить, и всю в огнях. Она казалась очень красивой и зачаровывала. В комнате, где я находился, было небольшое окно в смежную комнату. Можно было видеть кушетку и человека, лежащего на ней, — по-видимому, мертвого. Я испугался. Я присмотрелся внимательнее: он был не мертв, но очень болен, еле дышал. Я успокоился. Подошел поближе и увидел, что это я сам. В задней части комнаты находился священник, державший какие-то части от очень загроможденного алтаря в стиле барокко. Он был одет в богато разукрашенные ризы. На стене над кушеткой висели громадные часы типа часов с кукушкой; время от времени из них появлялись деревянные фигуры вроде Пиноккио. В числе прочих были там и епископы и генералы, делавшие дурацкие жесты покорности, почтительно кланявшиеся. Мне это показалось отвратительным.

При анализе сновидения удалось подойти к внутренней жизни пациента; он едва дышал в результате ограничений, налагаемых на него теми ролями, которые он принял. Почти все его ассоциации, связанные с этой частью сновидения, относились к тому феномену, который был обозначен Винникоттом как «ложное Я» и который стал второй натурой пациента. В сновидении он подчинялся мне, аналитику. По моему мнению, это сновидение было чрезвычайно полезно не только в качестве реконструкции, но и как особо важный индикатор психоаналитического процесса. Вся история терапии отразилась в этом сновидении, где можно выделить три основные части. Первая часть отражает ту стадию анализа, где пациент чувствовал разрушительную силу интерпретаций; он ощущал их как попытку сзади разрушить его фаллос. Во второй части — на более глубоком уровне (внутри дома) — проявляется победоносный нарциссизм пациента. Это, вероятно, соотносимо с той стадией анализа, когда он обретал удовлетворение в переносе, а также с периодом, когда он обнаружил окошко — важность анализа для себя — как доступ к скрытой части своего Я. Это часть была вытеснена и содержала «внутренний мир» привитых идентификаций и религиозных идеализаций; однако в то же время там коренились и его живые черты. Особый интерес представляет то, что в третьей части сновидения, где выражались даже более глубокие качест-

ва личности пациента, аналитик был представлен в образе часов с кукушкой. Они указывали время и выражали одну за другой различные роли, которые пациент проигрывал в ходе терапии.

Питер Y сказал о снижении сексуального возбуждения, преследовавшего его. Частота навязчивой мастурбации также снизилась, он прибегал к ней лишь в выходные дни и при других перерывах в терапии.

Комментарий. В ходе терапии все более успешными становились попытки пациента справиться со своими травматическими переживаниями и сменить пассивную установку на активную. Фрейдовское понимание этого существенного компонента аналитической эффективности, на которое мы ссылались в начале этого раздела, может быть также выражено через теорию проективной и интроективной идентификации, если считать ее процессом общения и взаимодействия. Поворотным пунктом данного случая было совместное установление пациентом и терапевтом того факта, что как содержание, так и сам акт интерпретации влекли за собой незамеченные и неблагоприятные последствия. Терапевтическая техника аналитика облегчала смешение, и пациент переживал терапевтические отношения в свете травматического опыта с отцом. Прояснение этого «смешения» дало пациенту возможность получить новый опыт отношений. После двухлетнего взаимного «соблазнения» аналитик занял наконец позицию, позволившую ему понять смысл повторения травмы в аналитических отношениях. С этого времени работа не только доставляла косвенное удовлетворение посредством частичного воспроизведения в переносе, но и проложила пациенту путь к катарсису и проработке.

8.5.2 Отрицание кастрационной тревоги

После двухлетних колебаний Артур Y решил расширить сферу своей предпринимательской деятельности, распространив ее на регион, которым коллеги Артура Y долгое время пренебрегали. Отсутствие контактов с потребителями в этой местности приводило к тому, что уровень продаж там был ниже среднего. Артур Y убедился, что положение можно легко исправить, многократно повысив объем продаж без особо больших затрат и усилий. Несмотря на общую неудовлетворенность своим легкомысленным и даже ленивым коллегой, к тому же пьяницей и обузой для фирмы, Артур Y долго колебался, прежде чем принять решение о расширении сферы территориальной деятельности. Жалость и колебания мешали ему начать действовать и оценить возможность каких-либо других решений, которые бы не причинили зла и не похоронили вовсе карьеру его коллеги. Дол-

гое время баланс, сохранявшийся между его бессознательным отождествлением расширения сферы торговли с садистским разрушением и одновременным сдвигом к мазохистской идентификации с жертвой, удерживал пациента от реализации его планов и от преуспеяния. По той же причине этот сложный человек был не в состоянии найти приемлемое решение, которое соответствовало бы его жизненному кредо и позволяло бы жить.

Поддержка, которую я ему оказал этой интерпретацией, была направлена на его бессознательное уравнивание расширения и разрушения. Это открыло для Артура Y возможность стать более уверенным и преодолеть сопротивление идее о расширении торговли, которую он воплотил, не причинив какого-либо значительного зла своему коллеге. Он нашел отличный компромисс.

П: Меня больше не тревожит продвижение вперед в этом вопросе. Это связано с состоянием потентности — в широком смысле этого слова. Я подозреваю, существуют разные способы продемонстрировать свою потентность. Один из них — это, прежде всего, преуспевать там, где другие терпят неудачу. Если я преуспеваю в чем-либо, то тогда я мог бы быть менее сексуальным со своей женой. Никто не мог бы сердиться на меня. Самое важное — я заботливый отец, делающий все для своей семьи.

А: Конечно, то, что все идет на пользу вашей семье, облегчает ваше состояние. Но могли бы вы получать большее сексуальное удовлетворение? Может быть, что-то внутри вас — ваши идеи о чистоте или границах постыдного, которые вы ощущаете автоматически, — создает помехи, препятствуя получению удовольствия.

П: Именно в том и проблема. Я действительно вполне счастлив тем, как идут дела. Мои дела идут неплохо, и я не вижу смысла возвращаться к дискуссии по этому поводу. Кто знает — я это чувствую, — чтó произойдет и заставит меня забеспокоиться обо всем. Я тысячу раз предпочту оставаться самим собой, сохранить эмоциональный мир и покой. Я счастлив и удовлетворен, получаю удовольствие от своего успеха, возможно, меньшее, чем теоретически могло бы быть, удовольствие в сексе, но все же это лучше, ибо некоторые вещи я допустить не могу, если все начнется сначала. Я не желаю подвергаться опасности впасть в такое же плохое настроение, какое было пару лет назад. Если б у меня был выбор получать действительно большее сексуальное удовлетворение, но вкупе с возвращением в мое прежнее тревожное состояние, я тысячу раз предпочту нынешнее положение дел.

А: Почему вас так беспокоит, что жизнь пойдет таким же образом, как несколько лет назад, что вы падете так же низко,

что секс — источник такого страдания, что он более страдание, нежели радость?

П: На языке коммерции это выглядело бы так, словно я провел плохую сделку ради теоретически лучшей, которая мне действительно не нужна, потому что дела идут прекрасно и так, как они идут. Так что я бы пошел на непредсказуемый риск.

Мысль о риске заставила пациента умолкнуть. Он так и молчал в течение нескольких минут, пока я не продолжил разговор.

А: Понятно, вы боитесь пострадать, совершив неудачную сделку. Возможность получить больше наслаждения и удовольствия — для вас это только теория.

Тогда пациент привел сравнение.

П: Я сижу в ресторане и вкусно ем. Некто подходит ко мне и говорит, что он хирург и что, если я позволю, он мог бы прооперировать мой язык, поставив его немного иначе, и это дало бы мне большее наслаждение от еды. Операция связана с риском, что мой язык может срастись неправильно, и с возникновением ужасных осложнений.

А: В случае, если ваш язык не сросся, можно вообразить множество видов осложнений. Этот образ — крайнее выражение вашего отчаяния, а я — метрдотель.

П: Нет, вы — хирург.

Примечание. Я, очевидно, старался снизить серьезность вопроса из-за реактивации моего собственного страха кастрации. Очевидно, хирург, а не метрдотель был источником опасности. Хотя я сразу осознал это, позже в том же сеансе я снова играл на понижение опасности, используя слово «закуска» при обсуждении каннибализма ведьм в сказке о Гензеле и Гретель.

А: Ну конечно, хирург, а не метрдотель. Я было подумал о метрдотеле.

П: Нет, метрдотель здесь совершенно ни при чем, он просто обеспечивает хорошую еду.

А: Итак, хирург. Тогда понятно, что вы колебались. Для этого есть веское основание. А именно хирург, который сделал это предложение.

П: Это нетрудно постичь. Я прошел это дюжину раз. С профессором, например. У меня была проблема с коленом, и он серьезно предложил мне отрезать кусочки кости, потому что я слегка кривоногий, а это позволило бы суставам нормально срастись, устранило бы кривоногость и мои проблемы. Между тем без всякой операции я прошел пешком всю Германию. А ведь профессор — знаменитый хирург-ортопед. Я просто хочу сказать, что аналогия между этой операцией и моим языком, в конце концов, лежит на поверхности.

А: Сравнение очень точное. Оно лежит на поверхности, верно. Оно даже много лучше, так как связано с другими вещами,

со всеми теми угрозами, что не направлены на ваш язык, даже в том случае, если люди говорят об остром языке, а наказывают, напротив, орган наслаждения, а именно ваш пенис. Все, что только может случиться, всевозможные истории... страхи по поводу заразных болезней, повреждения в результате мастурбации и всякие такие вещи, случившиеся с X и Y и другими (упоминаются некоторые персонажи детства и подросткового периода).

П: Я только что сделал интересное наблюдение над собой. Когда вы перечисляли этот список, мне пришло в голову, что мои родители никогда не говорили мне того, что другие нередко говорят своим сыновьям: что если они будут туда лазать руками, то он сделается очень большой и его отрежут. Я думал об этом примере, и, пока я думал, мои воспоминания изменились. Теперь я совершенно уверен, что моя бабушка сказала мне что-то в этом роде. Это сейчас всплыло в памяти.

А: Возможно, включилось ваше переживание этого момента. Поэтому вы вначале установили дистанцию, сказав, что этого с вами не происходило. Сначала вы отвергли это. Сначала вы установили некоторую дистанцию, а теперь подошли гораздо ближе.

Комментарий. Показательно, что Артур Y оказался способен вспомнить эту забытую травму и угрозу благодаря дистанцированию, то есть преуменьшению своей тревоги. Сам того не замечая, он усвоил эту тактику от психоаналитика. Благодаря контрпереносу психоаналитик первым стал умалять опасность, чтобы позднее ее признать.

П: Родители используют эту угрозу, чтобы напугать детей. И сейчас тоже? [Психоаналитик подтвердил.] Какая дурь! Если мальчик все воспримет всерьез, это поставит его перед дилеммой. Только что, когда я вел машину, передо мной шел прицеп, набитый свиньями. Одна из них выставила свое рыло, и я подумал: «Бедная свинка, у тебя нет шанса бежать». В отличие от людей бедная свинья не знает, что будет. Эмоциональная жизнь свиньи, вероятно, не похожа на человеческую. Безнадежная ситуация свиньи напоминает мне определенные ситуации в моей собственной жизни, где я чувствовал себя таким же образом. Мне было хуже, чем свинье, — я-то знал, что последует.

А: Да, вам было хуже, однако у вас был другой шанс, вы сами только что заметили, что кто-то рассказывает такие истории, но к вам они не имеют никакого отношения. Сначала вы отрицали что-либо беспокоящее, чтобы сохранить свой пятачок, свой хвост, свой пенис: «Я тут ни при чем». А потом, после того как

вы почувствовали себя в некоторой безопасности, потом, мне кажется, для вас стало возможным рассмотреть это как нечто вероятное, как нечто, что могло произойти и с вами тоже. Отрицание уменьшило тревогу просто потому, что ваш пенис при вас. Это одна часть вашей памяти, та, которая становится все больше, наслаждение — повод для вас быть наказанным.

Комментарий. Этот диалог показателен с точки зрения как терапевтической практики, так и теории, излагающей происхождение страха и пути его преодоления. Тревожность личности связана с фантазиями, фантазия есть причина всех невротических тревог, которые, по определению, первоначально проявляются как ожидания. Фантазия создает также пространство для механизмов обороны и защиты, являющихся объектом интерпретации психоаналитика и развивающихся из ощущения пациентом чувства собственной безопасности. Заняв безопасную позицию, пациент смог справиться с тревогой, поскольку узнал, что рисковал своим пенисом.

П: Да, когда у мальчика возникает эрекция, он не может скрыть это, если он полуодет или рельеф пениса подчеркивается пижамой.

А: Или вполне естественная утренняя эрекция, связаная с «накоплением воды» и побуждением мочиться.

П: Я только что подумал о другом. Помню это отчетливо. Когда я был мальчишкой четырех или пяти лет, я носил трусики и имел обыкновение подтягивать их вверх. Есть фотография, на которой я застигнут за этим, когда находился вместе с одной маленькой девочкой в песочнице. Снимок увеличили и повесили на стену. Я словно сейчас слышу голос моей бабушки: «Посмотри сюда, вот как ты это делаешь. Ты должен прекратить это, иначе...»

Я очень хорошо помню то, что я действительно так делал и что фотография висела на стене, но не то, что она говорила. Я не знаю, правильно ли было так делать: увеличивать фотографию и вешать ее на стену. Она исчезла давным-давно, но я еще вижу ее висящей там. С этим снимком и моими воспоминаниями о бабушке связано много переживаний. Лучше бы не вспоминать об этом, мне не хочется ворошить эти годы снова.

А: Эти болезненные воспоминания тесно сплетены с удовольствием. Вам трудно себе представить, что удовольствие может быть отделено от запретов и тревог. Тревога, связанная с прикосновением, опережает удовольствие. Если ваша жена хочет от вас большего, если она желает вас, это связывается с опасностью и страданием, и тогда вы воспринимаете ее и

как маленькую девочку, и как вашу превращающуюся в ведьму бабушку. Когда ваш пенис становится слишком большим, он отрубается. Точно как в сказке с Гензелем и Гретель, только там это палец, толстый палец.

П: Да, я знаю, волшебные сказки часто пытаются интерпретировать. Почему нельзя оставить сказки в покое?

А: Да, конечно.

Комментарий. Психоаналитик согласился с пациентом, и, вероятно, потому пациент перестал сотрудничать с ним в игре на понижение опасности.

П: [После долгого молчания.] Абсолютно логично. Гензель заперт в клетке, сытно ест и становится все толще и толще, вот ведьма и может извлечь пользу из его пальца. У очень толстых людей бывают очень толстые пальцы. Можно остановиться на этом. И потом мы возвращаемся снова назад. Можно оставить все как есть.

А: Да, оставить все как есть, чтобы избежать опасности, обрисованной в этой сказке, а именно опасности стать закуской для ведьмы.

П: Да, но «закуска» звучит слишком игриво.

А: Да, я преуменьшил опасность, что совершенно неправильно. Но следствием этого стало то, что вы наконец выяснили, насколько ужасна она была. Вы подчеркнули, что все должно остаться как есть. А ведь другая часть сказки говорит, как Гензель и Гретель провели ведьму на этом откормленном пальце.

П: Да, подсунув тонкую палочку.

А: Да, это было опасно. И вы спрятали ваш пенис. Может, вы продолжали прятать его таким же образом от вашей жены и от себя тоже. И тогда удовольствия меньше. Автоматическое подавление.

В начале следующего сеанса Артур Y был молчалив.

П: Мне многого стоило совершить этот переход. В совершенно другой мир. На днях я читал статью в газете. Просто случайно взглянул на картинку: лиса в капкане — ее лапы зажаты в нем. Статья о жестоких способах ловли зверей. Многих из них калечат, тогда как охотники применяют невинное словцо «ловля» для названия этой жестокости. «Ловля». Даже во время чтения мне казалось, что эта история сильно беспокоит меня. Я снова почувствовал волнение, которое, казалось, давно превозмог. Теперь мне гораздо лучше, а ведь долгое время я хотел выяснить, насколько я в безопасности от рецидива — слово, которое я ненавижу. Это слово возвращает все те несчастья, что я преуменьшал в моей па-

мяти, в моей судьбе. Меня немедленно охватывает чувство отчаяния.

А: Не думаю, что это совпадает с тем, о чем вы спрашиваете. Вы наверняка вспомнили, какое несчастье быть узником — как эта лиса в капкане. Я думаю, ваше расстройство связано с темой нашего предыдущего сеанса. Вас беспокоит, что я ставлю ловушку для вас и подвергаю вас опасности, стараясь, чтобы секс стал играть большую роль в вашей жизни. Вы описали жуткий образ операции на языке: его отрезают, и он не срастается правильно.

Пациент утверждал, что он «забыл» всю эту сцену, и спросил: «Это был сон?» Я напомнил ему о его фантазии про язык, который прооперировали и потом или сшили неправильно, или он сам просто не сросся. Пациент вспомнил о хирурге, но объект — часть тела, которую должны были прооперировать, — совершенно исчез.

А: Тут-то и сосредоточена страшная опасность, и я убежден, что история о звероловe, выманившем вас из убежища, продолжает эту тему.

Пациент напомнил мне о том, что я сам преуменьшал опасность, грозившую Гензелю.

Комментарий. Хотелось бы обратить внимание читателя на бессознательную защиту, которую можно проследить по пропускам и замещениям. Телесный орган — пенис — и его заменитель (язык) были пропущены. Действие прервалось. Затем пациент стал способен осознать игру на понижение опасности, проводимую психоаналитиком, и после этой объективизации стал способен сотрудничать с ним.

Психоаналитик интерпретировал захлопывающуюся ловушку как символ кастрационной тревоги пациента. Были повторены сцены из последнего сеанса, особенно содержащие отрицание и вводящие дистанцирование пациента от его тревоги. Пациент упомянул фотографию, которая, вероятно, постоянно демонстрировала то, чего ему не полагалось делать.

П: Да, это способ освободиться от тревог и ударов. Вчера я осваивал новый регион. Там есть ряд живописных местечек. Особенно мне понравилась одна гостиница, которую я приметил как место для остановки во время следующих поездок. Раньше мне и в голову не приходило останавливаться в таких апартаментах. Тем не менее я бы хотел вынести секс за скобки. В самом деле, я бы предпочел действовать так, будто его не существует. Я даже избегаю жены, когда чувствую ее стремление соблазнить меня.

А: Значит, вы избегаете некоторых вещей и не получаете вполне доступного удовольствия.

П: Да, я предпочитаю обходиться без желания.

А: Вы не готовы к новому самопожертвованию. Это как с саламандрой: говорят, в опасности она теряет хвост. Вы создали себе ощущение безопасности, подобно саламандре, избегнувшей угрозы. Ваша обеспокоенность тем, что симптомы могут вернуться, если вы позволите себе больше желать, сигнализирует мне, что вы еще многое скрываете.

П: Да, и вот почему я исключил секс. Иначе бы просто принял ограничения.

А: Ваша жена служит вам напоминанием. О чем она напоминает? О смущающем соблазне?

П: Нет, о требовании, которому я не соответствую. Мне это требование кажется неразумным... [Долгое молчание.] Я более раскован, когда немного выпью.

Пациент заговорил о пространственной близости половых органов и органов дефекации. Этим он объяснял свою стыдливость.

А: Вам это напоминает скорее о постыдных и унизительных ситуациях, как вы пачкали штанишки, — не столько об облегчении, которое при этом испытываешь, сколько об унижении.

У пациента было убеждение, что опорожняться нужно заранее, предупреждая спонтанно возникающее желание. «Полное отсутствие желания — лучшая защита от любого рода сексуальных проявлений и, соответственно, их неприятных последствий». Именно в супружеском половом акте, наиболее свободном от запретов и ограничений, осложнений и конфликтов, в котором секс квазилегитимен, эти внутренние предупреждающие огни зажигаются особенно ярко. Данный комментарий убедил пациента в том, что он интернализовал конфликты и тревоги своего детства и что теперь начинают проявляться их последствия. В его браке, счастливом во всех других отношениях, половой акт был досадным нарушением, преждевременная эякуляция и тревога по поводу возможной импотенции — нередким явлением, невзирая на то что его жизнерадостная жена вела себя поощряюще, а сам он осознанно не колебался. И все же он ничего не мог поделать со своими стыдом и отвращением. Пациент суммировал свое беспокойство в такой фразе: «Кто рискует — тот гибнет».

8.5.3 Расщепление переноса

Цель расщепления переноса часто состоит в том, чтобы найти объект желаемой идентификации. В то же время такое расщепление может преследовать защитную цель, предотвращая

само возникновение идентификаций или их закрепление путем быстрого переключения с одного объекта на другой.

Недавно Клара X сочинила историю о живущем на скале отшельнике, которому пожилая женщина из долины доставляла все необходимое. Желая отдохнуть, женщина часто присылала вместо себя молодую девушку. В этом «замещающем» создании пациентка репрезентировала самое себя.

Под вечер пациентка рассказала свою историю об отшельнике подруге. Расставаясь, они пожелали друг другу приятных сновидений. Пациентка со смехом сказала мне, что ей действительно приснилось нечто прекрасное. Но утром она забыла сон. Лишь постепенно она создала следующий образ сновидения:

П: Это было воссоединение большой семьи. Там были вы и наверняка мой предыдущий терапевт. И множество знакомых, которых я каким-то образом ощущаю причастными к своей духовной семье. И мой родной брат тоже был там. Все мы хотели отправиться в мой родной город на вертолете, чтобы навестить родителей. Мы ждали вертолета довольно долго, но, поскольку спешить было некуда, вели приятные беседы. Мы путешествовали вместе, на разговоры времени было много. Я говорила и с вами; мы стояли и смотрели в окно. Вы были слева от меня, наша беседа была не та, что здесь, — чуть больше иронии, чуть больше игры, со множеством аллюзий. Мой отец назвал бы это поддразниванием. Вы подошли поближе и сжали мое плечо так, как сделал бы мой отец. Пытаясь поймать меня — дружелюбно, но и словно немного подталкивая — так делают дети, когда, играя, пытаются спихнуть друг друга с дороги.

Отвечая на мои вопросы, пациентка дала дополнительную информацию к рассказу о сновидении, в особенности касающуюся значения слова «поймать». Пациентка подчеркивала дружественную природу этого контакта — и все же он содержал агрессивную подоплеку. Пациентка знала расхожее значение этого слова, но в сновидении это ее не беспокоило. Она вспомнила о заигрываниях в подростковом возрасте с мальчиком, что — в ретроспективе — уже не казалось ни чем-то омерзительным, ни дурным, ни неприятным. Она сказала буквально следующее: «Это один из доступных для меня уровней, почти как в юности, когда я пробудилась и искала контактов с мальчиками моего возраста. Как только появлялась возможность, я старалась войти в телесный контакт в этаком мальчишеском стиле, как бы предлагая немного поиграть». Затем она перевела разговор на своего мужа. «Я всегда ищу какое-то волшебное средство, чтобы вытянуть мужа из его скорлупы».

Я установил связь между прошлым и настоящим, указав на то, что ее старая и новая семьи были вместе и посетили ее родной город. Шутя Клара X заметила, что это говорит о том, как сильно она в действительности привязана к семье.

П: Я действительно люблю быть в середине. Этого чувства нет в моей нынешней семье. Я имею в виду моего мужа и сына. Я не чувствую себя в безопасности, под защитой. Я ощущаю мощную центробежную силу, и в то же время что-то вынуждает меня там оставаться. Существует огромная напряженность между этими двумя силами. Во сне я подумала, что попала в точку. С другой стороны, в последние несколько дней я вспомнила продолжение забавной истории об отшельнике. Эта томящаяся девушка поднялась наверх к отшельнику, обняла его, взглянула на него и спросила: «Ну, чем мы теперь займемся?» В ответ отшельник встал и извинился: «Я понимаю, что ты имеешь в виду, но, к сожалению, ничем не могу тебе помочь. Только что я понял, как много утратил в последние двадцать лет». После этого он покинул гору и поселился в хижине старой женщины. А девушка повернулась и пошла домой, нашла себе любовника по соседству и провела с ним ночь. На следующий день она поднялась на гору и дотла сожгла хижину отшельника. Ну что ж, можно сказать, что он в ней больше не нуждался.

Я обратил особое внимание на уязвленные чувства девушки. Пациентка ответила, что именно по этой причине та сразу же стала искать кого-то другого, но эта замена ее не удовлетворила. Это была всего лишь замена. Затем я проинтерпретировал аспекты этой истории, касающиеся переноса.

А: Было бы логично предположить, что отшельником вы изобразили меня, а в старухе, годами поддерживающей отшельника, можно угадать вашего прежнего терапевта (пожилую женщину), и на горе был офис вашего терапевта.

Интерпретируя рассказ пациентки таким образом, я не принял во внимание то, что она определенно не рассматривала своего предыдущего терапевта как пожилую женщину, а, напротив, идентифицировалась с ней и благодаря этому могла вообразить благополучный исход соперничества на эдиповом уровне. Подруга пациентки сказала, что, возможно, отшельник благосклонно примет предложение девушки и та сможет переселиться в его хижину.

П: «Ну, а что же тогда будет делать старуха?» — спросила моя подруга. Я рассмеялась и неожиданно для себя ответила, что она заболеет ревматизмом. Я была абсолютно уверена, что пожилая женщина начнет страдать этим хроническим заболеванием, и только потом вспомнила, что моя мать годами мучилась от него. В этот момент мне стало ясно, что пожилая

женщина — это моя мать, какой я привыкла ее видеть или какой она представлялась мне. «Я пожертвовала двадцатью годами собственной жизни, своими целями и желаниями, и после всего этого моя собственная дочь грозится завести интрижку с человеком, о котором я забочусь, — с отшельником». И все же моя мать никогда бы не смогла так агрессивно настаивать на своем.

Тогда я сосредоточился на теме агрессивного соперничества, фокусируя внимание прежде всего на ее собственных внутренних запретах, вытекавших из ее сочувствия к матери. Вследствие этих запретов она была неспособна открыто проявлять качества, присущие ей как юной девушке. В действительности пациентка чувствовала себя слабее собственной дочери. Она дала резюме ситуации в трогательных словах.

П: Да, в этой истории я — это обе женщины, вначале старуха, потом девушка, и даже теперь я не знаю, кто я на самом деле.

А: Вы искали решение этой дилеммы — как не стать ни той ни другой. Лучше уж быть «своим парнем», или покрыться колючками, или нарастить панцирь, как у черепахи.

П: Ну да, я решила не быть женщиной. Я сочла наилучшим решением для всей семьи отступить.

Я указал Кларе, что подруга пожелала ей увидеть красивый и волнующий сон и к тому же посоветовала чем-нибудь ублажить себя перед сном. «Да, она одобряет эту мою страсть к конфетам». Затем мы говорили о поведении за столом в ее доме и доме подруги, в особенности о трудностях координации потребностей детей и взрослых. (Один из симптомов пациентки состоял в том, что тайно от своих близких она ела по ночам сладости и, по ее собственным словам, смещала удовлетворение собственных потребностей в этом направлении.)

При обсуждении сновидения пациентки разговор зашел о том, как трудно создать приятную, уютную атмосферу в доме, и о том, что эта трудная задача не должна полностью ложиться на женские плечи. Пациентка продолжала жаловаться на мужа, отвергавшего ее предложения пообедать вне дома или просто иногда погулять вдвоем. Не считая ночных «замещений», самое большое удовольствие она получала в компании подруг. Извинившись за использование модного слова «фрустрация», пациентка пожаловалась на то, что не отвержение было для нее главным источником отчаяния, а то, что муж, да и мужчины вообще, во всем обвинял ее. Она страшно сетовала на непонимание со стороны мужа, который, по ее словам, возложил на нее всю ответственность; сам он не делал ни шагу навстречу, чтобы объединить их несовпадающие интересы.

Признавая действительные трудности, я все же заметил, что ей самой потребовалось длительное время, чтобы осознать соб-

ственные потребности. Возможно, что есть еще множество способов убедить мужа и, подобно отшельнику в сказке, попробовать другой подход. В конце сеанса пациентка оставалась с прежней тоскливой убежденностью, что все напрасно. Она сказала, что муж воспринимает ее как монстра, как нечто противоестественное. Поэтому ей хочется освободиться хотя бы от постоянного чувства вины и стыда за свои неудачи.

Было очевидно, что установки супругов друг на друга становятся все более жестко заданными, а отношения — все более отчужденными. Столь же ясно было и то, что пациентка чувствовала облегчение, нападая на мужа, который тем самым все более убеждался в том, что она чудовище. В заключительной интерпретации переноса я подчеркнул, что всем действующим лицам ситуации отводится много свободного пространства для маневра как в первичной семье, так и в фиктивной — аналитической — семье, то есть в ее отношении к терапевту-женщине и терапевту-мужчине. В истории об отшельнике она сделала открытие, что у него вовсе не было иммунитета к ее чарам.

На следующем сеансе пациентка снова вернулась к своему сновидению.

П: В прошлый раз вы сказали кое-что очень важное для меня. Я имею в виду, что мне жалко старую женщину. Я уже говорила, что эта женщина страдала ревматизмом. И все же я принимала ее за свою мать, которая двадцать лет жертвовала собой ради семьи, отказываясь от собственных желаний и соблазнов. В то же время как дочь я чувствовала такую привязанность к ней, что не желала противостояния. Иначе, как сказать... ну, я бы почувствовала, что это будет несправедливо и плохо, если я «раздуюсь» и вытолкну ее из гнезда. Потом вы сказали что-то в том духе, что оттого мне особенно трудно признать существование конкуренции между мной и дочерью. Я еще раз хочу спросить: вы действительно думаете, что мы конкурируем? Я вижу это именно так, но в то же время это кажется диким. И все же так и есть.

Клара Х привела смехотворный и банальный (по ее словам) пример: она расстроилась, заметив гордость дочери ее новым умением одеваться быстрее, чем мать.

Я напомнил, какой компромисс был ею найден: быть ни той ни другой, а найти третий путь — неженский, мальчишеский образ.

П: Правильно, но вы слишком спешите. Мне ужасно важно, чтобы кто-то понимал меня. Даже это помогло бы мне быть чуть-чуть мягче в этой дикой ежедневной борьбе с моей дочерью. Какова доля невинности и преднамеренности в том, что она делает? Мне очень трудно разграничить то, что действитель-

но исходит от меня, и то, что вызвано объективными обстоятельствами.

А: Вы имеете в виду соперничество матерей и дочерей?

П: Да, это звучит грубо. Хуже всего твердая убежденность, что этого просто не может быть. Боже сохрани. На людях — полная гармония, но под столом не можем не пинать друг друга.

А: Да, на людях вы не можете конкурировать и быть соперницами. Вы боретесь за то, чтобы иметь и обладать, а также из зависти. Одна сторона медали — зависть. Другая — кто быстрее умеет прихорашиваться.

П: Да, как у взрослого человека мои возможности гораздо больше, пространство для решений заметно шире. А с другой стороны, я смотрю на все так, будто у меня худшая стартовая позиция и мне следовало бы отпихнуть ее как следует; но затем снова появляется жалость. Это, наверное, оттого, что с юных лет я научилась обходиться малым, научилась самоограничению. Быть ни той ни другой, не соперничать с матерью, а уступать ей и вести себя как озорной мальчишка — это был прекрасный способ для домашнего употребления. Так мне удавалось заслужить одобрение отца. Ему нравилось быть отцом такого невоспитанного отпрыска. Таким скрытым способом я могла заслужить его интерес и поддержку. А с хорошенькой, тщеславной маленькой дочуркой он вряд ли знал, что делать; так что это было просто потрясающее решение проблемы; ничего удивительного, что я так хорошо его усвоила. Как неудивительно и то, что я не могу сдвинуться с мертвой точки.

Воодушевленная письмом своего брата, пациентка затем обратилась к вопросу о творческих способностях женщины. Брат походя коснулся этой темы, заметив, что часто пытался представить себе, что это такое — быть женщиной. Клара X сказала, что это желание, вероятно, совершенно естественно и как бы зеркально женскому желанию однажды сыграть роль мужчины. И все же какое общее с братом семейное переживание сыграло роль в формировании их желаний?

П: Мне кажется, он видел то же, что и я, только с другой позиции — как сын. Иначе говоря, мой брат страдал из-за того, что мать рассматривала себя как жертву, как будто в жизни совсем не было радости. Как будто, кроме ухаживания за монахом-отшельником, для нее больше ничего не существовало.

Пациентка вздохнула и затем вопросительно заметила, что на предыдущем сеансе я как-то соединил себя с мисс Z, ее прежним психоаналитиком.

А: Мы оба были представлены во сне. Да, мисс Z годами жила здесь на горе. Конечно, не вполне ясно, каковы были отношения, были ли они явными или скрытыми от посторонних глаз.

П: Для меня это иначе. Для меня мисс Z не старая, а молодая и во всех отношениях независимая женщина. Да, она была здесь, но потом приобрела независимость. В отличие от этой старой женщины она не приняла роль жертвы; наоборот, она счастливо наслаждалась удовольствием, подобным удовольствию, испытываемому маленьким сопливым ребенком.

Клара X идентифицировалась со своим предыдущим аналитиком, женщиной, идущей собственным путем. Она приводила некоторые фрагменты из переписки с ней. В одном из таких фрагментов речь шла о картине некоего прерафаэлита, изображающей Благовещение (см. разд. 2.4.7). Этот рисунок был помещен в книге о «бешеном сексе». Непорочное зачатие вообще щекотливая тема для людей, которые, как эта пациентка, стремятся избегать сексуальности.

П: Я думаю, это неправда. На самом деле Мария, все ее тело и особенности выражения лица были такими, как у молодой девушки, страдающей анорексией, и она с удивлением вглядывалась в навязанное ей будущее. «Помогите, мне придется стать матерью. Я не хочу этого, совсем не хочу». Страх и тревога. Когда я написала мисс Z, что хотела бы нарисовать эту картину, она ответила: почему бы мне не нарисовать совсем другую фигуру — фигуру женщины, сидящей в постели, вглядывающейся в будущее и излучающей уверенность. Ну, для начала я бросила рисовать.

А: Да, вы могли бы нарисовать ваше будущее и вашу картину так, как хотели. Дела не обязательно должны идти по-старому.

П: Мой муж все еще полностью отказывается признавать это.

Пациентка рассказала о своих попытках стать ему ближе, а также о том, какое сильное влияние все еще оказывала на нее подспудная агрессия. Сеанс закончился на том, что она рассказала, как супруги пытались сблизиться и достичь гармонии чувств. Это продемонстрировало, что перенос был в конце концов центрирован.

8.5.4 Материнская фиксация

Генрих Y, 35-летний мужчина, с подросткового возраста страдал обессиливающей его депрессией. Это заставило его еще в студенческие годы пройти четырехлетний курс поддерживающей терапии. Генрих Y был холост, жил в доме родителей и был чрезвычайно привязан к своей матери. Он совершенно от-

34 1031

вергал возможность чего-либо позитивного в существовавшем у него образе отца. Несмотря на то что, будучи в университете, он несколько лет прожил в другом городе, только дома с матерью он обретал ту заботу и внимание, в каких нуждался.

Генрих Y был четвертым (из пяти) детей и, по его мнению, являлся наименее предпочитаемым ребенком. Отчетливое чувство неполноценности тенью легло на его детство и подростковый возраст. Его комментарии о прежнем психотерапевтическом курсе приводили к выводу, что он был способен найти поддержку и безопасность в директивной технике, применяемой пожилыми религиозными женщинами-психотерапевтами. Как станет ясно из этого сообщения, его амбивалентность оставалась подавленной.

Во время нашей терапии пациент снова жил с фанатично преданной ему матерью, восхищавшейся им, заботливой и помогавшей ему устраивать свидания с женщинами, тем самым держа его под контролем. Она терпеливо сносила повторяющиеся приступы его депрессии. Стабильный характер такой невротически устроенной жизни усматривался также в том, что еще несколькими годами прежде его коллега горячо советовал ему пройти психотерапию. Однако его амбивалентность тогда помешала обращению к психоаналитику. Вместо этого пациент проходил курс гипноза и принимал гомеопатические средства, эффект от чего был непродолжителен, но вполне удовлетворял его пассивные ожидания.

Взлеты и провалы в его настроении были тесно связаны с восхищением и уверенностью; если последней недоставало, то появлялась опасность впасть в депрессию. Фиксированное поведение в отношениях с матерью усиливало в нем чувство безопасности; он всегда мог рассчитывать на ее помощь и заботу. К осознанным им мотивам проживания в отцовском доме относились леность и возможность постоянно повторять свои хронические жалобы на отца. В силу своего явно ипохондрического характера он заставлял мать каждый день готовить еду в зависимости от цвета его утреннего стула.

Его внесемейные контакты были ограниченны и сводились к нескольким лицам, которые должны были удовлетворять его специфические желания. В основном это были женщины, с которыми он развлекался; он отвергал любые далеко идущие требования, которые они могли бы предъявить. В то же время он искал «женщину своей мечты», объединяющую все достоинства тех многих женщин, с которыми общался. У него были профессиональные контакты и с мужчинами, но он шарахался от возможности дружбы с кем-либо из них.

Кризис, приведший его к обращению за психотерапевтической помощью, возник из беспокойства о том, не забеременела

ли от него его подружка и не придется ли ему нести за это ответственность. Первоначально он чувствовал себя в анализе крайне незащищенным и относился к нему с недоверием, дошедшим до того, что он отказался платить за терапию. Через несколько месяцев мне удалось рассеять его сомнения настолько, что стало наконец возможно создать внешние условия для анализа.

После нескольких месяцев лечения (86-й сеанс) Генрих Y упомянул факторы, радикально изменившие в недавнее время его жизнь. Наряду с прочим он затронул и свое отношение к аналитику. С тех пор как он встретил меня, у него впервые в жизни возникло чувство, что у него кто-то есть, кем он радушно принят и с кем можно обо всем поговорить. Этот панегирик содержал элемент тревоги, что его теплые чувства могут иметь нечто общее с гомосексуальностью.

Сначала я успокоил его, сказав, что доверие и гомосексуальность — две абсолютно разные вещи. Я указал на различие для того, чтобы лучше высветить его бессознательные идентификации. Мой план сработал. Он признал, что опасался такого оборота дела. «Я не могу обнять вас» — что-то вроде этого он мог бы обронить в начале этого сеанса. Он сообщил, что впервые поймал себя на этом несколько недель назад, когда, отправляясь на первый после связанного с отпуском перерыва сеанс, ощутил, что словно идет к возлюбленной.

Я заметил потепление его чувств ко мне в последние недели, но не интерпретировал этого. Теперь, предположил я, он даст мне более точную картину своей тревоги.

П: Я не доверяю благородству своих чувств. Иногда я влюбляюсь в мальчиков [в подмастерьев, которых он встречал на работе]. Влюбляюсь на расстоянии — особенно в тех, кто похож на меня в детстве, особенно в блондинов.

Здесь он остановился, и молчание воцарилось на долгое время. Я спросил, вспомнил ли он нечто, чего особенно стыдился в детстве.

П: Ну, просто мысль, которая мне часто приходит в голову, но я ее немедля гоню. Если бы я хоть какое-то время трахал настоящую задницу — это была бы просто фантастика!

А: Да, что было бы так фантастично?

П: Я, естественно, был бы тем, кто активен. Партнером могла бы быть женщина или мужчина — безразлично, я не хочу смотреть анфас. Только движение важно: просто туда-сюда, внутрь-наружу. Наконец я получил бы сфинктер, который возбуждал бы мой член.

Позже в этом сеансе он пренебрежительно отозвался о роли женщин, ругая их «клейкие дырки», в которые боялся провалиться, что отражало его страх кастрации. Это послужило

толчком к фантазии о нежно сжимающем, плотно обхватывающем, нежном кольце — фантазии, которая приводила его в невероятное возбуждение. Тем не менее он всегда старался гнать ее прочь, поскольку, как он сказал, ее не с кем обсудить.

А: Когда в начале этого сеанса вы сообщили мне о возникшем у вас впечатлении, что вы нашли здесь что-то новое, а именно кого-то, кто готов здесь принять вас и выслушать, тогда вы имели, наверное, также в виду, что сможете рассказать мне фантазии и не быть отвергнутым.

Позже пациент почувствовал себя в достаточной безопасности, чтобы впервые рассказать мне о своем опыте онанизма, который он предпочитал половому акту с женщинами, поскольку мог стимулировать себя именно там, где это доставляло наибольшее наслаждение. Головка его пениса была слишком чувствительна, поэтому он любил возбуждать себя, массируя ствол пениса. Фантазия о том, что его рука имитирует сфинктер, особенно его возбуждала.

В моем поведении во время приема важно было то, что я позволил ему принять активную роль и не предлагал более глубоких интерпретаций, вроде того что «клейкие дырки» могли возникнуть из фантазии о возможности быть проглоченным (кастрированным) женщиной. Поэтому в конце сеанса я только подчеркнул, что он держал эти мысли до сих пор при себе, так как не был уверен, что не будет отвергнут.

Следующий сеанс пациент начал с рассказа о приснившемся ему после предыдущего сеанса сне о лыжном походе.

П: Нашу группу лыжников возглавляла женщина, которая сообщила нам о том, что все мы неизлечимо больны. Она ожидала, что после ее слов мы должны утопиться в озере. Я испугался и сказал, что не хочу умирать. Я сумел отъехать в сторону, а все остальные последовали ее команде и погрузились в воду. Я видел их головы в воде и взывал к ним: «Я уверен, я найду кого-нибудь, кто сможет меня вылечить. Вы можете умирать, но я хочу жить». Затем я пренесся на другой берег.

Эта женщина напомнила ему Эмму — псевдоним, данный им своему предыдущему терапевту. Она однажды сказала ему, что у нее был пациент, который после четырех лет терапии покончил с собой в комнате, где ее пациенты ожидали приема. Она сказала об этом, вероятно, для того, чтобы предостеречь его от повторения чего-либо в том же духе. В то время он подумал: «Я покончу с собой, чтобы показать этой суке, как она некомпетентна». Он добавил, что его желание покончить с собой было тогда очень сильным, но что теперь он хочет жить, а не умереть. Он вспомнил, как злился на меня за то, что я не приступил к терапии сразу после предварительного собеседования. Затем он дистанцировался от сильного аффекта своей критики. Он реши-

тельно заявил, что мысль о самоубийстве владела им в тот период, когда я еще не приступил к его лечению. Снова и снова он возвращался к направленной против меня тираде, взваливая на меня всю ответственность за его состояние в то время. Он сказал, что во время предварительного собеседования я должен был больше обнадежить его; ему хотелось больше «пряников», хотя он и знал, что это поможет не более чем на пару дней.

Здесь я сумел переключить его внимание на содержащиеся в его сновидении надежды. Он немедленно ухватился за это; да, он искал спасителя, кого-то, кто воскресит его. Он вспомнил, что пассаж «Вы можете умирать, но я хочу жить» заимствован из псалма, который он читал во время молитвы три — пять раз в день. Он выбрал предыдущего терапевта из-за ее христианской ориентации, но затем ощутил мощное моральное давление с ее стороны. Она, по его признанию, помогла ему в тяжелый университетский период так же, как помогает предостерегающая учительница. Тем не менее она усилила в нем моральное напряжение, заявив, что, если он не проклянет свои грязные фантазии, он кончит так же ужасно, как тот пациент до него.

Затем — в ассоциациях — Генрих Y вспомнил о позавчерашнем дне, когда он был с девушкой и они прилюдно ласкали друг друга. В возбуждении он ощутил, какими громадными стали его бицепсы. Он мог бы выдергивать деревья с корнем, тогда как девушки гораздо слабее и не могут сделать этого.

Учитывая гомосексуальный оттенок развития переноса, я сделал следующую интерпретацию. Он надеется, что я окажусь достаточно силен, чтобы выжить после нашего боксерского поединка, к которому привело бы высвобождение скопившейся в нем энергии. Пациент непринужденно и искренне рассмеялся. Когда он уходил, в его глазах явно стояли слезы.

Данная интерпретация позволила мне превратить пассивность ищущего во сне спасителя в активную позицию сына, стремящегося завоевать свое место в мире, померившись силами с отцом. За интерпретацией последовало замечание о том, что уничижительное, часто шутовское самопредъявление моего пациента проистекало из его попытки защититься от сильного чувства соперничества, чтобы найти мужскую идентификацию с отцом, выйдя из позиции беспомощного ребенка, отданного на милость кастрирующей матери. Выразить это была призвана аналогия с матчем по боксу — проверка силы в пределах игровой реальности и в окружении боксерского ринга (от англ. ring — кольцо. — *Перев.*). Описанная пациентом во время предыдущего сеанса фантазия о самом любимом виде мастурбации — мощное кольцо, напоминающее сфинктер на стволе его члена, — также отражает конфликт между гомосексуальностью и наслаждением телесными ощущениями.

На следующем сеансе выяснилось, что в своих внутренних диалогах пациент называл меня по имени, употребляя тот вид обращения, который обычно свойствен маленьким мальчикам. Сравнивая свою мощную атлетическую фигуру с моей, он не верил, что я способен к физическому единоборству с ним. Он явно выигрывал в размере и росте и использовал разницу в физических данных, чтобы уничижительно отозваться о ненавистном отце. В первой фазе терапии пациент нарисовал образ отца как существа слабого, бесполезного и ничтожного. После войны, когда пациенту было шесть лет, отцу не удалось вновь утвердиться в своей профессии. Он не мог достаточно обеспечить семью, так как еле-еле нашел место с неполным рабочим днем.

С точки зрения терапевтической техники задача состояла в том, чтобы показать пациенту «другой берег», который он искал, чтобы освободиться от властного, заботливого и поглощающего объятия матери. Эта тема снова всплыла в процессе следующего курса терапии. Стало ясно, как конкретно определяют его социальную жизнь ситуации, где он заключен в замкнутом пространстве, олицетворяющем мать его прегенитальной фазы, воплощенную в образах сменяющихся идеализированных женщин, с которыми надо было поддерживать контакт. То же самое было продемонстрировано его сном о смертельной угрозе. Немедленная, опрометчивая реакция на эту тревогу проявилась в том, что после восемнадцати месяцев терапии пациент решил покинуть дом и искать жилье; он даже вынашивал конкретные планы постройки собственного дома.

Первое замечание пациента относилось к тому, что я закрыл шторы (для защиты от солнечного света). «Как было бы чудесно, если бы я мог закрывать шторы в собственном доме». Потом он описал свои усилия снять жилье, что, как оказалось, было непростым делом. Он сказал, что, хотя на все в нынешнем доме стал реагировать крайне болезненно, он не желает впадать в гнев, а хочет просто быть независимым. Затем он добавил, что недавно ему приснилась пара очень забавных снов о грозящей ему опасности, и рассказал один из них.

П: С рюкзаком за плечами я шел по подземному переходу вместе с какой-то итальянкой. Она сказала мне предостерегающе: «Тут шайка; они собираются напасть на тебя». Женщина исчезла, как только я вышел из тоннеля. Тут же двое подошли ко мне. Один снял мой рюкзак и отдал второму. Я не мог защищаться. Это ужасно. В таких снах проигравший — всегда я.

Его первая ассоциация касалась итальянки. Артур Y часто повторял мне, что женщина его мечты — красавица-брюнетка с тлеющим в глазах огнем, похожая на картинку, висевшую на стене гостиной родительского дома.

П: Откуда это берется? Это случается так часто в последнее время; у меня в памяти абсолютно точная картина сна. Пока со мною женщина, никто мне ничего не сделает. Вчера, отправляясь на загородную прогулку с одной недавней знакомой, я подумал, что всякий раз, как подвергаюсь проверке, рядом всегда присутствует женщина. Совершенно очевидно, что я не могу справляться с жизнью, если рядом нет женщины. Что означает этот рюкзак? Опять у меня что-то мое отбирают. [Затем он заговорил о своей воображаемой жене.] Мне кажется, я должен заключить соглашение о разделе собственности, или даже лучше: пусть моя жена платит мне аренду. Может быть, те два подонка — тоже мои жильцы.

Я спросил о тоннеле.

П: Ну, просто набор бессмыслиц. Ну да... тоннель; мне кажется, я вспомнил о своих обязанностях: следующий год, похоже, будет очень трудным для меня. Эти двое как-то могут быть связаны с решением, которое я должен принять по поводу строительства. С детства одна из важнейших задач для меня заключалась в том, чтобы изгнать грязные помыслы. Я видел в них опасность вечного проклятья. Нечистые помыслы возникнут всего на долю секунды — только на долю секунды, — и вы будете ввергнуты в смертный грех. Но если в этот момент вы умрете, то будете прокляты навечно. Вот что особенно плохо. И здесь это действительно плохо, так как я должен, или по крайней мере могу, говорить все, что угодно. По вечерам мне часто приходится думать: «Парень, сегодня ты что-то ляпнул на работе. Кто мог бы использовать это как ловушку для тебя?»

А: Ваши ассоциации с тоннелем могут быть бессмысленными или нецеломудренными.

П: [Смеясь.] Да, я немедленно должен о чем-нибудь подумать, погрузиться в это, во влагалище, войти в глубокое отверстие, где поджидает меня бесчисленное множество опасностей. Во сне женщина попросила меня не бояться. Быть может, если когда-нибудь мне попадется нужная женщина, я перестану бояться и смогу погрузиться в отверстие, не испытывая тревоги.

А: Может быть, есть нечто нечистое и в рюкзаке тоже.

П: [Смеясь.] Ну, подростки — им могло быть около четырнадцати; может, это символ? Может, это они отняли у меня сумку? [Длинная пауза.] Сегодня я снова сомневаюсь в том, что мы здесь делаем. Это стоит слишком дорого; мои деньги просто утекают прочь: 77 марок плачу вам, и 30 марок стоит время, которое я здесь трачу. Итого 107 марок. Я собираюсь поискать аргументы против нашей работы здесь, чтобы ее прекратить. Когда дни начнут удлиняться, я планирую отказаться от сеанса в пятницу. Быть может, тоннель означает,

что я не вижу ни проблеска в анализе. Может, вы и есть та женщина, а тоннель означает, что я должен подчиниться вам. Я не вижу никакой разницы между этой и какой-то другой ситуацией; я всегда предпочитаю подчиняться, чтобы быть в безопасности и быть уверенным, что все будет хорошо.

А: Это значит, что мне предлагается защитить вас от плохих парней, от ваших дурных мыслей.

П: Да, удерживать от плохих мыслей — это то что надо, так как это единственная опасная вещь здесь, то есть единственное реальное зло. Мне кажется, я действительно горд собой, мне удалось кое-что выудить из сна. Меня в самом деле захлестывает.

А: Сколько вам было лет, когда вы были плохим мальчиком с грязными помыслами?

П: О, я обычно доходил до крайностей, борясь со всем этим. Нет, это не вполне так. Естественно, я втайне читал кое-какие вещи, например об искусственном оплодотворении. Это всегда возбуждало меня. Однажды я даже видел обнаженную грудь. В восемнадцать я читал книгу, в которой всего-то и говорилось, что двое спали вместе. Мальчишка, я был тогда страшно возбужден. Конечно же, я упомянул об этом во время исповеди. Такой дурак, просто осел, я разрушил свою жизнь. Мне тридцать пять сейчас, а я все еще не могу справиться с жизнью. Слава Богу, еще не слишком поздно.

А: Осталось там что-то в этом куле — в вашем рюкзаке?

П: Ну да, я почувствовал такое бессилие, как будто кто-то действительно украл мою сумку. Я вообще ничего не понимаю. Конечно, я справляюсь с жизнью, но не со своими мыслями о ней; тут я бессилен. Я навоображал столько всего, что мог бы сделать. [Пауза.] У меня в голове столько всего. Я думаю прекратить этот бардак с женщинами. Я не хочу рассказывать вам все — мне очень стыдно. Моя новая подружка поздравила меня с тем, что я не женился на Рите. Они знают друг друга. Мне кажется, я стыжусь вас. Вы действительно теперь вправе критиковать меня. В субботу я встретился с одной в А.; я заставил ее переспать со мной. Это была Берта, а в воскресенье я был с Клаудией. Эти контакты с женщинами причиняют мне множество неприятностей; иногда требуются колоссальные усилия, чтобы держать их подальше друг от друга.

А: Все эти контакты с женщинами дают вам ощущение, что ваш рюкзак еще не пуст.

П: Да, это своего рода защита для меня. Как только их становится много, тогда это и начинается, и они пытаются отнять мой рюкзак. И потому я никогда не женюсь зимой. Это отнимет у меня последнюю энергию, и все, что у меня пока

еще есть, и лыжные прогулки — мою величайшую страсть. Тогда у меня не останется ни капли сил в запасе. [Пауза.]

А: Вам стыдно от того, что вы боитесь моего осуждения.

П: Да, раньше этот страх был очень сильным, сейчас несколько меньше, но все-таки есть еще мысли, которыми я не могу поделиться даже сейчас. Вот и теперь я ясно представляю влагалище в поперечном сечении. Фантазия переполняет меня, она реально владеет мной, и, чем больше я сопротивляюсь ей, тем яснее она становится. Я помню, как однажды учитель распространял буклет по сексуальному просвещению. На одной картинке в нем изображался контакт гениталий. Она лежит у меня в стенном шкафу, которым я редко пользуюсь. Иногда я прохожу мимо, достаю ее и рассматриваю. Мне бывает необходимо смотреть на что-то подобное, реально быть там, как бы двигаясь вперед-назад. Вот почему я люблю стоять перед зеркалом и онанировать, ибо тогда я могу видеть это во всех подробностях. Очень важно, чтобы это не уходило из поля зрения. Я думаю об этом всегда, даже когда я с женщинами, — чувство, что я потерял зрительный образ, что не вижу. Раз я попросил Риту сделать это своей рукой: это лучше, потому что тогда я могу видеть все. Наблюдение на самом деле важно. Я просто раздвоен. В фантазиях я действительно хотел бы хорошо трахаться, действительно туда-сюда, но в жизни не могу оторвать от этого взгляда.

А: Вы начинаете бояться, когда перестаете все видеть.

П: Да, когда я чего-то не вижу, я теряю над этим контроль. Клаудия приходила в восторг от моего торчка, но как только я собирался его использовать, эрекция пропадала. Мне кажется, это действительно имеет что-то общее с тревогой. Если бы я только мог доверять женщине. Быть может, когда я найду женщину, которой смогу иногда доверять, то все будет в порядке. Уверен — все это не из страха сделать ребенка; теперь я так больше не думаю.

А: Вы действительно весьма двойственно относитесь к женщинам. С одной стороны, тревога, с другой — мечта о женщине, которая принесла бы чувство безопасности.

П: Да, забавно. С одной стороны, я хочу ее, с другой — не могу ей доверять. Мне, по-видимому, чрезвычайно нужен успех. Я рассматриваю увеличение своей энергии как показатель успешности терапии. У меня есть сила только в груди, слишком мало — в голове и слишком мало — ниже пояса. Просто нет соков. У меня только что возникла мысль, что, как только дом будет закончен, я куплю боксерскую грушу и начну боксировать.

8.5.5 Обычные ошибки

Технические ошибки неизбежны. Они играют важную роль в процессе, который А.Фрейд (A.Freud, 1954, p. 618) обозначила как возвращение аналитика к его «истинному статусу». Признавая свои ошибки, аналитик способствует устранению идеализации.

Под техническими ошибками мы подразумеваем все сделанные аналитиком отклонения от средней линии, сформированной соответствующей диадой и в идеале проходящей от сеанса к сеансу без существенных отступлений. Важно, что мы определяем среднюю линию через диаду. Исходя из своего опыта работы с аналитиком, каждый пациент вырабатывает определенное восприятие той привычной *атмосферы*, которую он ожидает встретить на сеансе. Поскольку в своем поведении аналитик руководствуется правилами, через некоторое время пациент может почувствовать, каково отношение аналитика к тому или иному предмету.

Во время психоаналитического диалога происходит обмен мнениями. При этом обычно возникают какие-то случайные недоразумения, которые должны быть выяснены и преодолены. Наоборот, ошибки аналитика — это те действия, которые не могут быть скорректированы, но которые должны быть признаны, а их *последствия*, если только возможно, проинтерпретированы. Как ничто другое, ошибки позволяют выявить, что способность аналитика к пониманию ограничена его личностью и неполнотой знания. Это утверждает нечто истинное в статусе аналитика. Напротив, преступно-небрежная практика врача вызывает такие отклонения, ущерб от которых становится предметом судебного разбирательства. При оценке ошибок следует учитывать зависимость между *терапевтическим альянсом* и переносом. По общему мнению, терапевтический альянс должен быть стабилен настолько, чтобы, несмотря на возможные отклонения, особенно в заключительной фазе терапии, преобладали реалистические перспективы.

В терапевтическом диалоге источник взаимодействия переноса и контрпереноса коренится в эмоциях и мыслях терапевта и пациента (безразлично, упомянутых в диалоге или нет) об эмоциональном и познавательном процессах, многие из которых доступны самоощущению. Теперь мы должны рассмотреть, каков вклад терапевта в обучение пациента распознаванию истинного статуса терапевта. Как видно из воспоминаний Лампль-де-Гроот (Lample-de-Groot, 1976) об опыте прохождения психоанализа, Фрейд способствовал этому процессу, используя взаимодействия между неврозом переноса и «нормальными» аспектами отношений, проясняющимися через поведение. Сегодня такие со-

мнительные различия проводятся, наверное, лишь немногими психоаналитиками. Следовательно, все более важным становится поиск других средств устранения идентификации.

У нас нет оснований ожидать, что более реалистическая позиция сформируется сама по себе, возродившись как феникс из пепла невроза переноса; скорее, сам невроз переноса может развиться без всякого участия аналитика. Как предположил Гринсон (Greenson, 1967), преобладание терапевтического альянса в заключительной стадии терапии зависит от того, предпринял ли аналитик подготовительные шаги в направлении завершения терапии при обсуждении подходящих тем. Отпускные перерывы дают удобный повод для этого, ибо в миниатюре воспроизводят все, что так или иначе связано с темой расставания и ее проработкой.

Теперь нам хотелось бы описать две ситуации, ясно демонстрирующие последствия, к которым могут приводить ошибки. Ошибки усиливают колебания между переносом и рабочим союзом, что однозначно ведет к расставанию на фазе окончания терапии.

В первом случае обсуждаются последний сеанс до и первый после отпускного перерыва. Этот перерыв пришелся на фазу лечения, в которой пациентка неоднократно возвращалась к вопросу об *окончании терапии*. Я еще не был уверен в том, что невроз переноса проработан в достаточной мере, чтобы стоило думать об этом. По моему мнению, Доротее X было важно рассмотреть саму эту тему. Во время последнего сеанса перед перерывом мы беседовали о том, зависит ли она все еще от способности мысленно связаться со мной, то есть будет ли у нее возможность, хотя бы в крайнем случае, написать мне. Я был не уверен, и пациентка догадалась об этом; неуверенность проявилась в том, что я не сказал, где буду, но после некоторых колебаний добавил, что — «в случае крайней необходимости» — она может написать мне в мой офис: я зайду туда как-нибудь в середине отпуска. Насколько я мог судить, в отличие от прежнего состояния тяжелой депрессии и невротической тревожности ныне ей вряд ли понадобится общее участие. И все же я не чувствовал в этом уверенности и потому пошел на компромисс. В течение довольно длительного отпускного периода Доротея X не обращалась ко мне и пришла на первый сеанс отдохнувшей и свободной от симптомов. При обмене приветствиями я спонтанно среагировал на скрытый намек на мое отсутствие, распространив ее комментарий о погоде на отпуск. В течение некоторого времени я действовал, не задумываясь о том, что происходит, и моя спонтанность заставляла ее непрерывно сравнивать последний сеанс перед перерывом с нынешним. Она

сравнила мою спонтанность с тогдашней медлительной рассудительностью и на основе этих сравнений пыталась судить о том, насколько она была больна или здорова (как ей казалось) в моих глазах. Когда я глубоко задумался над этой проблемой, возникла долгая пауза, во время которой я не обращал внимания на ее реплики, и она ощутила, что мои мысли витают не здесь. Она проинтерпретировала мое рассеянное молчание как отчуждение, которое — она опасалась — спровоцировала сама, поскольку я мог воспринять ее комментарии о последнем перед перерывом сеансе как критические.

Я объяснил Доротее X причины своей задумчивой рассеянности, сообщив, что тщательно обдумывал, полезно ли и необходимо ли с точки зрения терапии давать пациенту адрес моего пребывания во время отпуска. В ответ она упомянула ряд других наблюдений, которые показывали, насколько для нее важна соотнесенность моего решения с ее собственной оценкой своего состояния, ибо, по словам пациентки, ее уверенность в себе зависит от уверенности в том, что я всегда в ее распоряжении, чтобы снять стресс. Мое естественное и спонтанное поведение трансформировало сложившееся у *нее* представление обо мне как о крайне озабоченном психоаналитике в более точное. Моя спонтанность, заметила она, имела лечебный эффект: чем больше уверенности я передавал ей, реагируя «естественно», тем больше, как выразилась пациентка, росла ее уверенность в себе.

Многие темы особенно важны при окончании терапии. Доротея X с огромным и видимым разочарованием отметила, что ее представление обо мне становится все более и более реалистичным, хотя она изо всех сил пыталась избежать этого. Далее этот процесс нормализации облегчили некоторые другие ошибки и случай, в котором, по ее мнению, я «действительно кое в чем напортачил». Этот промах состоял в том, что я посоветовал ей скорее пройти медобследование в ситуации, когда она считала, что забеременела. Беременности она и желала и страшилась одновременно и — как вдова и мать взрослых детей — даже не могла вообразить (в частности, из-за опасности, грозящей жизни ребенка при родах в ее возрасте). По ее мнению, зачатие могло произойти несколькими месяцами раньше и если аборт необходим, то времени терять нельзя. Оказалось, это была ложная беременность, для которой происшедшие с ее фигурой изменения были типичны. Хотя я вовсе даже не пренебрег проявленным ею при описании ситуации аспектом желательности и гипоманиакальной радости по поводу беременности, бессознательно она расценила мою реплику о неотложности медицинского обследования как шаг, подготавливающий изъятие плода (переноса). Было невозможно компенсировать допущенный мною промах. Однако сама она знала, что ее мнимая беременность была тщетной

и негодной попыткой компенсировать предыдущий аборт. В то время ее порыв был направлен к достижению гармоничных отношений со своим любовником, что было вполне реально, поскольку ее друг приветствовал бы эту беременность, случись она в другое время. С болью пациентка осознала, что все закончилось к лучшему. Таким образом, моя ошибка внесла существенный вклад в достижение ею более реалистического отношения к собственной жизни.

Не поняв ее глубоко бессознательного желания, я потерял драгоценный камень из своей короны. И все-таки было еще несколько ситуаций, способствующих деидеализации моего образа. В этом контексте следует упомянуть одну тему, возникшую на фазе окончания терапии и связанную с более ранним терапевтическим эпизодом. Пока мы прорабатывали тему окончания терапии, пациентка спросила меня о роли, которую играет агрессия. Ей казалось, что я говорил о том, что тема агрессии может снова возникнуть на фазе окончания терапии. Я не мог припомнить такой фразы, но, очевидно, был виноват в ее смятении, которое, в свое время не выявленное, продолжало оставаться моей «ошибкой», ибо истолкованная так фраза, скорее всего, должна была помешать процессу окончания терапии и наложить запрет на агрессию для пациентки, страдавшей именно от страха задеть чьи-то чувства и потому постоянно жаждущей это как-то компенсировать. Фактически из-за моей ошибки пациентка пришла к выводу, что ей нельзя быть агрессивной, поскольку тогда она войдет в фазу окончания терапии и утратит возможность предлагать компенсацию за причиненный ею ущерб.

В этом контексте проявилось уникальное сопротивление. Оно состояло в том, что пациентка умышленно поднимала другие темы обсуждения; впрочем, проработка этих тем терапевтически была очень важна, но пациентка занималась ими, чтобы избежать или отложить агрессивный перенос. Она описала «типичные способы женщин быть противными» и привела многочисленные примеры страха перед женской злобностью и лицемерием. Одновременно она продолжала выказывать глубокое желание находиться в гармоничных и близких отношениях с женщинами. К тому времени она уже знала о двойственной природе своих чувств к матери и связанных с матерью невротических срывах и не стремилась к слитности с ней. Защиты пациентки были все еще активны. Это подтвердило ее восклицание на одном из сеансов: «Ну, хоть бы капельку я была лесбиянкой!» После моей немедленной реплики: «В этом смысле все мы немного лесбиянки» — она переменилась.

Тем самым агрессивность стороной обошла перенос и сместилась на отношения с женщинами. Можно также отметить, что пациентка сместила свой материнский перенос, внешне

«отыгрывая вовне» или открывая его во взаимоотношениях со знакомыми женщинами.

Как показывает следующий пример, проработка ее амбивалентного отношения к матери, безусловно, содействовала усилению агрессивности в переносе. Испуганная и внутренне сильно страдающая, пациентка осознала (например, в процессе своего «разумного» поведения, особенно во время посещения магазинов), что она папина дочка в большей мере, чем ей бы хотелось. Ее мучило, что бессознательно она приспособилась к его мелочным подсчетам, которые находила омерзительными. Чтобы избавиться от такой манеры поведения и не быть похожей на своего отца, она всегда настаивала на оплате части расходов на лечение из своих денег. Она не пошла в страховую компанию, которая возмещала такие расходы полностью, напротив, она обратилась в ту, которая оплачивала издержки частично, так что пациентке приходилось доплачивать 40 марок самой. Эта доплата без осложнений вписывалась в финансовое бремя, которое ее семья была способна вынести без существенных жертв. Пациентка восприняла факт, что она сама несет часть расходов, как знак своей независимости в отношениях со мной, а также со своим отцом. С одной стороны, внутренняя напряженность между ее намерением быть свободной и щедростью в отношении денег, а с другой — отцовское Супер-Эго, диктовавшее быть бережливой, и собственная склонность к мелочной расчетливости четко проявились в опоздании с оплатой счета; это опоздание могло вынудить страховую компанию совсем отказаться от оплаты части издержек на терапию. Это дополнительное бремя было бы слишком велико для пациентки, и тогда «отец» в ней взял бы верх над ее самостоятельностью.

Наблюдение над тем, как я реагировал на ее комментарий о моих ошибках, еще более способствовало ее прозрению. Она заметила, что я прилагал огромные усилия, стараясь избежать ошибок. Я, конечно, признал, что недоразумение действительно было и что всю ответственность за него несу я. Однако манера, с которой я произносил это, подразумевала безупречность в качестве идеала. Доротея X ожидала увидеть психоаналитика, искушенного в человеческих делах, но который мог бы также невербально дать понять, что ошибки тоже часть его ремесла и что живым людям свойственно ошибаться. Теперь можно считать совершившимся фактом, что именно эта пациентка открыла мне глаза на то, что мои амбиции мешали мне принять ту истину, что ошибки — дело совершенно обычное, и относиться к ним более снисходительно. Доротея X искала ролевую модель великодушия, чтобы приобрести новое, более великодушное отношение к себе самой.

8.6 Перерывы

Если говорить о диагнозе, то логично рассмотреть, ускоряют ли перерывы типичные реакции расставания, безотносительно к тому, что для них более характерно: тревога или агрессия. С точки зрения терапии, однако, решающее значение имеет то, что усилиями аналитика у пациента постепенно вырабатывается способность справляться с такими реакциями. Мы, следовательно, рекомендуем, чтобы аналитик предусмотрительно выстраивал мосты, подводящие к этим перерывам.

Пример

Клара Х пришла на последний сеанс перед Рождеством.

П: На последнем сеансе всегда либо сказать нечего, либо... либо говорят что-то очень важное для себя, но такое, чего нельзя вспомнить. [Молчание.] Просто я не хочу муссировать тему расставания. Сколько себя помню, всегда избегала этого. Иногда даже заболевала. Я уверена, что это как-то связано со страхом из-за собственных эмоций.

А: Ваша тревога по поводу эмоций, которые вы не можете контролировать... заставляет вас избегать некоторых болезненных вещей, но не просто болезненных. Чем меньше эмоциональная наполненность, тем болезненней расставание. Бегство от эмоций усиливает боль разлуки чрезмерно; это вызывает чувство депривации — проблема, которую мы обсуждали на предыдущем сеансе. Мы говорили о подготовке к путешествию.

Примечание. Разные идеи переплетаются в этой интерпретации. Я предполагал, что из-за нарушения режима питания Клара Х была в состоянии хронической и всеобъемлющей неудовлетворенности. В связи с временными перерывами или особенно с окончательным расставанием желание пациентки получить компенсацию возрастает. В то же время на каком-то уровне сознания происходит что-то вроде балансировки. Хотя анорексичные личности пытаются обмануть себя, демонстрируя беспомощность себе и другим, где-то глубоко они прекрасно сознают, что их голод должен быть утолен. Ограничение собственных потребностей, даже когда оно принимает крайние формы абстиненции, является попыткой избежать любых разочарований, которые действительно часто сопутствуют усилению бессознательных страстей и желаний. Тем самым моя интерпретация была основана на гипотезе, что пациенту легче расстаться с аналитиком, если его (пациента) жизненно важные потребности удовлетворены. Боль при прощании может в этом случае возрасти: «Все желания стремятся к бесконечности, к глубокой, глубокой

бесконечности» (Ф.Ницше, «Так говорил Заратустра»). В этом отношении метафора «подготовка к путешествию» частично смягчала разрыв, несмотря на многочисленные коннотации.

Клара Х обратила мое внимание на то, что я часто заговариваю о «подготовке к путешествию» незадолго до перерывов — сам я этого раньше не замечал.

А: Но мои любимые выражения сами по себе не могут подготовить к путешествию.

Пациентка задумалась о том, был ли у нее за стенами кабинета случай, когда такая подготовка помогла ей пережить расставание. Долгая тишина, вздохи. Спустя почти три минуты она спросила, что можно сделать, чтобы примириться с разлукой, добавив, что один из способов состоит в том, чтобы думать о воссоединении.

П: Что вы скажете на это?

А: Воссоединение? Вы думаете о воссоединении — о преодолении разрыва, о продолжении и о том, чтобы начать сначала, — как о промежуточном звене. Воссоединение открывает перспективу.

П: К сожалению, я не вижу новой перспективы. Следующий сеанс 12 января. К тому времени я забуду о всех новогодних добрых намерениях. В любом случае, я надеюсь, ваша нога не будет в гипсе [она знала, что я собирался кататься на лыжах]. И надеюсь, вы что-нибудь обретете в отпуске. Может быть даже, загар. [Затем она спросила прямо.] Собираетесь ли вы поехать вместе с вашей женой или один, чтобы вам никто не мешал думать?

А: Хм. А что бы вы предпочли?

П: [Смеется слишком громко.] Вы же не будете планировать свой отпуск в соответствии с моими предпочтениями.

А: Важно понять, что вы предпочитаете. Ваши чувства, скорее всего, двойственны, а в таких обстоятельствах трудно найти ответ. Быть в мире и покое для того, чтобы спокойно писать и соображать, наверное, было бы легче, если бы моя жена не отвлекала меня. С вашей точки зрения, вы, вероятно, предпочли бы послать меня отдыхать одного.

П: Я думаю о другом, и прежде всего о вашей жене. Быть может, ей становится скучно, когда вами овладевают мысли; жизнь может ей показаться тогда монотонной. Тогда уж будет лучше остаться здесь и работать. Скажем, я бы на ее месте сделала так: первую неделю после праздника осталась бы с вами, чтобы расслабиться и походить на лыжах, а затем — на следующей неделе — уехала бы, оставив вас наедине с самим собой, и в эту неделю, кто знает, сходила бы куда-нибудь. Ведь можно найти какое-нибудь осмысленное занятие, ну... сделать что-то для себя, посетить друзей.

А: Это очень мудро — думать о моей жене таким образом, желать лучшего и мне, и ей, и себе самой. Потому что это означает также, что у меня было бы восемь дней для интенсивных размышлений о вас.

П: Я не предлагала вам думать обо мне. Можно подумать о пациентах вообще.

А: Если я думаю о пациентах, то в их число попадаете и вы. То, что вы не думали о себе больше, чем об остальных, свидетельствует о вашей боязни неконтролируемых эмоций и желаний.

П: Я не уверена, что это так. Ситуация немного другая. Мне неуютно от мысли, что вы продолжаете думать над этим в мое отсутствие. [Двухминутная пауза.] Возможно, я боюсь, что вы придете к окончательному решению и я ничего не смогу возразить на это.

А: О да, возможно, потому, что вы были бы отстранены.

П: Родители думают о воспитании детей, даже когда их нет рядом, и принимают решения за них.

А: И вот почему я сказал, что важно, выигрываете ли вы от этого.

П: Просто из-за того, что это произошло бы именно так, это лишило бы меня моих прав, даже если бы и пошло мне на пользу. [Она продолжила иронически.] Да, вот так всегда, все для блага детей, и все же что-то в этом меня смущает.

А: Да, смущает, но часто вас посещают ваши собственные мысли обо мне. В том числе между сеансами в мое отсутствие.

П: Это то, чего я стараюсь избегать.

А: Потому что тогда вы обладали бы мной без моей способности говорить что-либо. Это жутко. Вы крайне остро воспринимаете то, что в своих мыслях я обладаю вами, управляю вами и лишаю вас ваших прав. Очевидно, по этой причине вы избегаете думать обо мне и обо всем, что со мною связано.

Комментарий. Аналитик предполагал, что пациентка так сильно стремилась обладать им, удержать его, держаться за него, распоряжаться им, лишить его прав, что она — по механизму проективной идентификации — испугалась, что аналитик тоже управляет ею. Для пациентки это означало нарушение именно ее права. Проблема состояла в контроле за оральными импульсами. Контроль не мог быть так совершенен, чтобы помешать прорваться чувствам. Наоборот, чем больше аспектов Я отрицалось и превращалось в проекцию, тем более повышалась тревога быть орально переполненной извне, то есть аналитиком. (Об интроективной идентификации см. разд. 3.7.)

П: Это другой поворот, загадочный, это... это нерешительность. Я могу судить по своей матери. Это привело ее к мазохист-

ским сомнениям во всем, что она могла сделать не так, к чувству вины и отчаяния, грусти и тому подобному. Мне это не нравится. И теперь я хочу сказать необычную вещь. Матери полагается верить в своих детей и, значит, в себя тоже. Но это не значит, что ты не совершишь никаких ошибок — не в этом дело. Тревога, беспокойство о том, что может случиться, — вот что делает ее жизнь действительно несчастной. Это как раз то, о чем я думала по поводу нерешительности, которая может привести к такому развитию событий, какого я не желаю. Я могу представить себе, что, когда я говорю о своих идеях в этом роде, вы сразу видите в этом в первую очередь что-то болезненное. Чаще всего вы думаете, что вот она никак не может не болтать о смертных грехах, никогда не бросит курить, да и с питанием тоже не справится, так что все останется как было, а еще она может говорить о доброй фее на перекрестке и проявлять готовность пойти своим путем, слопать обильный завтрак и захотеть ребенка, а через пару недель решить, что ничего этого не будет. А потом она некоторое время просто слоняется без толку. Ее просто невозможно понять. Все так в ней незрело, и все же там есть чувство — да, оно есть!

А: И теперь наши рассуждения подошли к весьма удовлетворительным выводам.

П: [Громко смеется.] В этот момент мне вовсе так не кажется.

А: Но что до меня, этот вывод состоит в том, что я понял, почему вы не хотите, чтобы я о вас думал, и почему сами избегаете думать обо мне. Потому что вы просто боитесь обладать, посягнуть на мои права, не учесть то, о чем я думаю, чего хочу, — но хотите обладать бесконтрольно. Теперь я понял, почему вам так трудно бросить курить: это было бы очень разумно с точки зрения вашего здоровья, но из-за психических причин вполне логично, что вы не можете перестать это делать, так как на этом сосредоточились все ваши желания и силы.

П: Что касается обладания... да, в этом что-то есть; боюсь, что так. Я властная и требовательная, и я этого боюсь. Что из этого преобладает, я не знаю.

А: И то и другое. Вы таковы, и вы боитесь, что вы тиран в гораздо большей степени, чем есть на самом деле, ибо все заперто в подвале, где картофель прорастает ростками желания. На свету они зазеленеют.

Комментарий. Поддерживающая и ободряющая сторона этой интерпретации основана на том, что неистовствующие в темноте либидозные силы могут приобрести жуткую форму и тогда становятся опасными даже в большей степени, чем об

этом говорит предчувствие индивида. Последствия сказываются в том, что злобность и деструктивность являются переменными величинами, зависящими от бессознательных защитных процессов, как уже объяснялось в первом томе (разд. 4.4.2). По мнению Фрейда, «инстинктивное представление развивается с меньшими помехами и более обильно, если вытеснение препятствует влиянию на него сознания. Оно распространяется как бы *во тьме* и принимает *крайние формы выражения*» (Freud, 1915d, p. 149; курсив наш).

П: Но когда я спускаюсь в подвал, меня охватывает ужас; я сразу же захлопываю дверь. На эти вещи нельзя смотреть. Иногда я бросаю на них взгляд. Но к вам я этого не могу чувствовать; я это блокирую, однако в семье я это иногда замечаю. Я на самом деле не могу судить о том, в какой мере это действительно мной делается, а в какой это опять лишь мое желание, потому что я действительно хочу все держать под контролем и чтобы за мной всегда оставалось последнее слово. Ну, прямо матушка-бригадирша. Все должно делаться, как я сказала. Я готова разбиться в лепешку, лишь бы было по-моему. Если присмотрюсь пристальнее, все путается. Сначала я бешусь, потом отстраняюсь, но обычно — из страха впасть в бешенство — отстраняюсь раньше, чем успеваю взбеситься. Но как связано то, что я курю, с моим стремлением обладать?

Примечание. Я вспомнил собственные ощущения, когда курил и после того, как бросил курить.

А: Вы что-то берете в руку и принимаете внутрь. Вы затягиваетесь, впитываете это. В этом вы можете наконец быть жадной и жаждущей и отказаться от блокировки.

Наступила умиротворенная тишина, продолжавшаяся около пяти минут. Уходя, пациентка сказала: «Счастливого Рождества», я пожелал ей того же.

Комментарий. Последняя интерпретация, вероятно, принесла освобождение и расслабление. Аналитик разрешил пациентке достигать орального удовлетворения, даже если оно происходило на уровне замещения. Тем не менее замещающее удовлетворение жизненно важно при серьезных заболеваниях и облегчает переживание разлуки. Переходные объекты способствуют наведению мостов в разлуке.

9 Психоаналитический процесс: лечение и результаты

Введение

Некоторые из анализируемых в этой главе случаев возвращают нас к форме систематического изучения клинического случая, упоминавшегося в разделе 1.3. Причина того, что мы обращаемся к давно уже завершенной терапии, кроется не в ностальгии, а в том, что длительный катамнестический период предоставляет прекрасную возможность обсудить *результаты терапевтического лечения*. Опыт систематического описания клинических случаев (Thomä, 1978) лег в основу начатого нами в Ульме исследования процесса и достижения в психоаналитической работе (см. разд. 8.3). В свою очередь, результаты этого исследования привели нас к выработке нового понимания психоаналитического процесса (см. т. 1, гл. 9). От такого исследования ожидается больше, чем может войти в этот учебник, который по дидактическим соображениям должен базироваться на обширном и многообразном клиническом материале. Сочетание исследования процесса и результатов психоанализа с внимательным отношением к индивидуальным случаям все еще находится в стадии начального развития (Grawe, 1988). Если бы мы описывали такого рода случаи, не пренебрегая никакими необходимыми деталями, то этот том целиком пришлось бы посвятить лишь одному из них.

Важные терапевтические изменения в ходе того или иного анализа, которые здесь не обсуждаются, можно без особого труда проследить, читая описания индивидуальных случаев, на которые существуют последовательные ссылки в книге (см. индекс пациентов в начале книги). К тому же разделы 5.1—5.3 содержат примеры типичных выдержек из аналитической работы, относящихся к сериям сновидений, в разделе же 6.3.1 приведен фрагмент анализа, приготовленный в рамках системы отчетов коллег для обращения в страховую компанию с целью покрытия расходов на лечение.

Эта глава начинается с раздела «Тревога и невроз», и мы считаем ее наиболее подходящей для обсуждения столь важной темы. В этом разделе (9.1) читателю предлагается обзор психоаналитической теории травмы, сопровождаемый описанием клинических случаев, в которых тревога играла центральную роль (разд. 9.2—9.5). Поскольку невротическая тревога играет существенную роль в любом случае — даже если открыто не выступают в качестве первичных симптомов, — то именно тревога является важным общим индикатором для оценки меры успеха терапии. Мы также сочли необходимым обсудить некоторые центральные понятия общих и специфических теорий невроза. Поэтому, вслед за описанием случая нейродермита, мы обсуждаем неспецифичность (разд. 9.7), регрессию (разд. 9.8) и алекситимию (разд. 9.9) и роль тела в психоаналитическом методе (разд. 9.10). Наконец, в разделе 9.11 мы приглашаем читателя к обсуждению проблем, связанных с подготовкой систематического психоаналитического исследования.

9.1 Тревога и невроз

Прежде чем перейти к некоторым специфическим формам тревоги, обратимся вкратце к теории. В первом томе (разд. 4.2) мы настаивали на необходимости дифференцированного рассмотрения аффектов, однако у нас есть достаточные основания сосредоточиться на тревоге именно здесь, так как она входит в состав многих аффектов. Как однажды резюмировал Фрейд (Freud, 1926d, p. 144), тревога — «фундаментальный феномен и основная проблема невроза».

При постановке диагноза аналитики обычно исходят из специфической природы манифестации тревоги. Одним из важных критериев дифференциации является более или менее тесная связь приступов невротической тревоги с конкретной ситуацией. Невроз тревоги характеризуется свободно плавающей тревогой, которая, кажется, возникает без очевидных причин и потому переживается как неизбежная, неконтролируемая и потенциально фатальная. Как понятие невроза тревоги, так и первое полное и до сих пор не утратившее ценности описание его симптомов принадлежат Фрейду, который проводил диагностическое различие между синдромом невротической тревоги и неврастенией. Для обозначения этого синдрома он использовал термин «невроз тревоги», так как «все его компоненты могут быть сгруппированы вокруг основного симптома тревоги» (Freud, 1895b, p. 91). Среди телесных дисфункций, которыми сопровождается приступ тревоги, Фрейд упоминает нарушения сердечной деятельности, сердцебиение и аритмию, тахикардию,

нарушение дыхания, нервную одышку, потливость, дрожь, приступы диарреи, головокружение. Для невроза тревоги типично то, что он проявляется в приступах и сопровождается ипохондрическими ожиданиями.

Часто один компонент синдрома приобретает в опыте пациента главенствующую роль, и нет ничего необычного в том, что тревога связана в основном с одним симптомом (например, тахикардией, нервной одышкой, потливостью или диарреей). Синдром невроза тревоги в различных проявлениях служит причиной обращения к психоанализу множества пациентов. Среди тех, чьи случаи описаны в данной книге, можно назвать Беатрис X, страдающую нарушением дыхания, Кристиана Y, чьими первыми проблемами были аритмия и потливость (разд. 9.3), и Рудольфа Y, страдающего от диарреи в тех случаях, когда его охватывала паника. В том, что тревога — фундаментальная проблема любого невроза, а также психический компонент происхождения и течения многих соматических заболеваний, нет никаких сомнений.

Изменения, происшедшие за последние сто лет, можно продемонстрировать, обратившись к комплексу симптомов, называемому неврозом тревоги. За этот период наши знания о соматических коррелятах тревоги — физиологии, нейроэндокринологии, нейрофизиологии тревоги — существенно расширились. На базе эпидемиологического, нейрохимического и терапевтического изучения тревожных расстройств в классификации Американской психиатрической ассоциации (DSM-III, 1980) под термином «расстройства тревоги» подразумевается целый набор психических нарушений: приступы паники с агорафобией или без нее, социальная и обычная фобии, навязчивости, посттравматические стрессовые реакции. В одной классификации доминирующая роль отводится особой подгруппе «приступы паники» как прототипу других тревожных расстройств. Например, в последнем пересмотре (DSM-IIIR, 1987) агорафобия рассматривается уже не как один из видов фобий, но, в первую очередь, как последствие предыдущих приступов паники, приведших к появлению избегающего поведения. Для психоаналитика тут интересен тот факт, что диагностические критерии для новой подгруппы — «панические расстройства» — почти совпадают с теми, которые были применены Фрейдом в 1895 году к описанию приступов тревоги. В своей первой характеристике невроза тревоги Фрейд также рассматривал агорафобию как последствие приступа тревоги. С другой стороны, физиологическое понимание тревоги, которое для Фрейда (Freud, 1895b) составляло основу невроза тревоги и приступов паники, было уже давно подвергнуто пересмотру в психоанализе. Одной из причин этого послужило открытие того факта, что свободно плавающая тревога

возникает без всякого повода. При неврозе тревоги неспецифичные, воспринимаемые лишь бессознательно сигналы опасности способны «запустить» приступы тревоги благодаря особой предрасположенности субъекта к тревожным ощущениям, сформировавшимся в результате особых переживаний индивида. Это открытие привело Фрейда в эпохальной работе «Ограничения, симптомы и тревога» (Freud, 1926d) к ревизии психоаналитической теории тревоги. Процитируем один важный абзац.

Реальная опасность есть опасность известная, и реалистическая тревога есть тревога по поводу известной опасности такого типа. Невротическая тревога есть тревога по поводу неизвестной опасности. Невротическая опасность, таким образом, — это опасность, которая еще должна быть обнаружена. Анализ показывает, что это инстинктивная опасность. Выводя в сознание доселе неизвестную Я-опасность, аналитик ликвидирует различие между невротической и реалистической тревогой и делает возможным обращение с первой, как со второй. Существует две реакции на реальную угрозу. Одна — это реакция аффективная, взрыв тревоги. Другая — защитное действие. То же самое должно быть верно и в отношении инстинктивной угрозы (Freud, 1926d, р. 165).

Развитие фрейдовской объяснительной модели состоит в том, что реакция тревоги восходит к ситуации опасности:

Мы можем узнать об этом еще больше, если, не удовлетворившись выведением тревоги из опасности в прошлом, продолжим исследование сущности и смысла ситуации опасности. Очевидно, эта ситуация состоит в оценке субъектом собственных сил в сравнении с могуществом угрозы и в его признании своей беспомощности перед лицом опасности — *беспомощности физической*, если опасность реальна, и *психической*, если она инстинктивна... Назовем эту последнюю ситуацию беспомощности переживанием *травматической ситуации*. В этом случае у нас есть веские основания для различения *травматической ситуации* и *ситуации опасности*... Сигнал означает: «Я ожидаю ситуации беспомощности», или: «Настоящая ситуация напоминает мне одно из моих прошлых травматических переживаний. Поэтому я предвосхищаю травму и веду себя так, как если бы она уже была нанесена, хотя еще можно было бы это предотвратить». Тревога, таким образом, это, с одной стороны, ожидание травмы, а с другой — ее повторение в ослабленной форме. Следовательно, две отмеченные нами черты тревоги имеют различное происхождение. Связь тревоги с ожиданием восходит к ситуации опасности, в то время как ее неопределенность и отсутствие объекта принадлежат к травматической ситуации беспомощности, предвосхищаемой в ситуации опасности (Freud, 1926d, р. 16; курсив наш).

Тревога как «фундаментальное явление и основная проблема невроза» занимает центральное положение в психогенетическом и психодинамическом объяснении симптомов. Эти последние возникают, чтобы помочь субъекту избежать определенных ситуаций опасности (сигналом которых служит повышение тревоги) и связанной с ними беспомощности (травмы).

Несмотря на серьезные уточнения, как убедительно показывает обзор Комптона (Compton, 1972a, b, 1980), в психоаналитической теории тревоги все еще остается много неясного и двойственного. Фрейд никогда не отрекался от идеи тревоги как трансформированного либидо. Теория травмы рождения Ранка хотя и была отвергнута в качестве объяснения невротической тревоги, но все же продолжала служить моделью патофизиологии тревоги. Фрейд продолжал «придавать преувеличенное значение энергии, что с самого начала оказывало влияние на развитие психоаналитической теории аффектов» (Compton, 1972a, p. 40). Мы согласны с Рэнгеллом в том, что тревога, «которая *всегда* есть сигнал *опасности психической* травмы, — это всегда реакция на ее присутствие» (Rangell, 1968, p. 389; курсив наш). Именно присутствие неизбежной надвигающейся опасности вызывает приступ паники или состояние свободно плавающей тревоги. Бессознательные мотивы могут систематически обнаруживаться психоаналитическим методом.

Уэлдер (Waelder, 1960) подверг критике термин «сигнал тревоги», указывая, что он не точно воспроизводит последовательность внутрипсихических событий. Он утверждал, что тревога или страх не составляют сущностного элемента в цепи «восприятие опасности — адаптивная реакция», скорее «сигнал опасности» биологически необходим для возникновения определенных реакций. По Уэлдеру, этот сигнал вовсе не обязательно должен иметь в своем составе ощущение тревоги, и нужно говорить о сигнале опасности, а не тревоги, потому что ощущение тревоги еще не включено в сам сигнал. Тот факт, что осознание психического или физического ощущения тревоги возрастает до такой степени, что становится невозможным избежать ситуации опасности, проливает свет на хронические состояния невротической тревоги. Причина этого, считает Уэлдер, состоит в том, что такие состояния характеризуются постоянным сигналом опасности в сочетании с неспособностью к активному решению проблем.

В терминах бихевиоральной теории, опасность (угроза) вызывает ориентированную реакцию (Cannon, 1920). Оценка опасности ведет либо к бегству, либо к нападению — в зависимости от соотношения сил угрозы и того, чему (кому) угрожают. Тревога и гнев, являясь эмоциональными коррелятами бегства и нападения, обладают через петли обратной связи мотивационной силой. Сигнал опасности поэтому может иметь следствием как сигнал тревоги, так и агрессивный аффект.

Различие между *реальной* и *психической* беспомощностью во время приступов тревоги размывается, порождая текущую травму с накопленными последствиями. Парализованный, блокированный потенциал действия, так сказать, увязает на той стадии бессознательной схемы, где целенаправленное действие не-

дифференцированно. Повторные поражения также стимулируют и блокированную бессознательную агрессию, которая — в значении фрейдовской инстинктивной опасности — теперь даже увеличивает тревогу. Поэтому близость физиологических аффектов тревоги и агрессии не объясняется простым совпадением.

Если аналитик исходит из феноменологии тревоги (страхов), описанной пациентом, опасности кажутся очевидными. Страх безумия — состояние, многие аспекты которого отражают все оттенки чувств и реакций, испытываемых пациентом: от «безумной» потери самоконтроля до дезинтеграции или разрушения идентичности или самооценки. Достаточно ясно поэтому, чего так непереносимо боится страдающий неврозом тревоги: разрушения собственного существа, которое переживается как в форме социального (чаще), так и телесного Я, то есть образа тела.

В том, как члены этой большой группы пациентов переживают свое состояние, существуют значительные даже на феноменологическом уровне различия. Эти различия составляют для психоаналитического метода отправную точку. К примеру, отличительным свойством события, вызывающего страх, является то, что оно *не* происходит. Людей, страшащихся безумия или смерти от инфаркта, такая судьба постигает не чаще, чем со статистической вероятностью. В действительности подобные страхи скорее свидетельствуют против возможности инфаркта или развития психоза. Однако статистические данные не убеждают пациентов или имеют кратковременный эффект. Наблюдение, согласно которому пациенты, страдающие неврозом тревоги, вполне способны переносить реальную опасность и не более здоровых людей (если не брать в расчет их воображаемые страхи) боятся смерти, представляется весьма важным. Неверно поэтому, что больные неврозом тревоги полагают себя более значительными, если употреблять обыденные выражения, чем они есть в действительности, или что они благодаря выраженному нарциссизму не могут признать конечности жизни и неизбежности смерти. Именно потому, что индивид не может в полной мере предвидеть собственную смерть и способен пережить ее лишь в воображении и по аналогии, окончание жизни остается тайной, являющейся объектом рассуждений и фантазий. Любое тщательное исследование пациента с неврозом тревоги последовательно обнаруживает, что за переживанием относительно *смерти и разрушения* у пациентов скрывается завуалированная *тревога по поводу жизни* (страх жизни). Это открывает психоанализу доступ к происхождению беспомощности — в соответствии с теорией тревоги Фрейда — и к преодолению такого состояния с помощью терапии. В процессе терапии страх смерти или утраты психической или физической сущности (страх оста-

новки сердца или психотической утраты контроля) трансформируется в биографические ситуации опасности и беспомощности, с которыми пациент когда-то не справился, но которые теперь при более благоприятных условиях могут быть преодолены. Часто в терапии имеет место последовательность событий, позволяющая аналитику делать умозаключения о происхождении невротических страхов. Невротический страх смерти, многочисленные проявления которого символизируют одиночество, покинутость, утрату и разрушение и которому индивид покоряется в мучительной пассивности, — этот страх может быть растворен в событиях жизненной истории и реинтегрирован. Как правило, этот процесс состоит не в линейной редукции невротических страхов и их трансформации в более слабые реалистические опасения, которые могут переживаться и преодолеваются в терапии. На самом деле тревога, столь сильная, что переходит в симптоматику, может в переносе достигать чрезвычайной интенсивности. Терапевтическое мастерство аналитика состоит при этом в таком применении технических правил, при котором перевод тревоги, связанной с симптомами, в контекст взаимодействия улучшает самочувствие пациента. Следующее общее правило может помочь сориентироваться: чем более серьезно тревожное расстройство и чем дольше период, в течение которого оно подрывало уверенность в себе пациента, превращаясь в тревогу, пронизывающую все аспекты его существования, тем выше вероятность того, что интеракциональная тревога вновь вспыхнет в терапевтических отношениях. Мы разделяем мнение Менцоса (Mentzoc, 1984), что тревога по поводу смерти при неврозе тревоги развивается на базе замещения и других бессознательных защитных процессов, которые в терапии могут быть прослежены в обратном направлении.

В заключение мы хотели бы подчеркнуть установленную связь между тревогой как аффектом и беспомощностью, могущей возникать в типичных ситуациях опасности. Центральное место в теории Фрейда занимает тревога утраты объекта или его любви, то есть сепарационная тревога; кастрационная тревога — это особый вид этого типа тревоги и поэтому в нее включается. При утрате объекта часто возникает *депрессивная реакция* (см. разд. 9.3).

Одним знаменателем тревоги и депрессии является беспомощность, бессилие перед утратой — реальные или психически переживаемые. Хэфнер описывает такие наблюдения, объяснимые в психоаналитических терминах, следующим образом:

Начиная работу с пациентами, страдающими выраженными тревожными расстройствами, такими, как приступы паники, генерализованной тревожным синдромом, или агорафобии, мы вскоре обнаружим, что среди этих пациентов от 40 до 90% (в зависимости от тяжести синдрома тревоги)

имели в прошлом эпизоды депрессии или в настоящее время страдают не только симптомами тревоги, но и депрессиями... Тревога, как я пытался продемонстрировать ранее, имеет отношение к угрозе опасности. Тревога имеет отношение к утрате, покинутости или более универсальным угрозам существованию и тому, что представляет в нем ценность. Одна из причин частого совмещения тревоги и депрессии, возможно, состоит в наличии в обоих случаях элемента угрозы существованию. Связь между ними может быть последовательной; переход от острой паники к состоянию генерализованной беспомощности и депрессии — пример такой часто встречающейся последовательности. Более медленный переход от состояния тревоги к депрессии часто встречается при глубоких тревожных расстройствах, когда тревога распространяется на несколько сфер жизни, блокируя активность и чувство безопасности, приводя иногда к продолжающемуся усилению переживания беспомощности в личном опыте (Häfner, 1987, p. 198).

С терапевтической точки зрения важно определить сигналы опасности, соответствующие специфической беспомощности; не менее существенно, однако, найти формы преодоления этой беспомощности и расширить диапазон действий пациента. Человеку, блуждающему в темноте, даже просто разговор вслух может помочь, придать уверенности.

Психоаналитическая теория тревоги, по нашему мнению, не только объясняет сложную феноменологию тревоги от на первый взгляд пустой экзистенциальной до психотической, но также проясняет вопрос о том, что является отправным пунктом в различных видах терапии. Тем более удивительно, что, говоря словами Хоффманна (Hoffmann, 1987, p. 528), «напор биологизации человеческой тревоги» сопровождается концепцией биологических корней тревожных расстройств, игнорировавшей знания о свободно плавающей тревоге, накопленные в психоанализе и психоаналитической медицине почти за сто лет. Маргграф и др. (Margraf et al., 1986) упоминают, что до недавнего времени полному описанию приступов тревоги, описанных Фрейдом, не придавалось сколько-нибудь особого значения. Клейн (D.F. Klein, 1981) и Д. Шихан и К. Шихан (D. Sheehan, K. Sheehan, 1983) разработали биологические модели приступов тревоги; в этих моделях биологические приступы смешиваются в понятии «приступ паники», в этих моделях очевидны *спонтанные* проявления приступа тревоги, качественно отличные от предвосхищающей тревоги, которая обнаруживается при фобиях. Другим различительным критерием служит для этих авторов реакция на психофармакологические препараты. Трициклические антидепрессанты и моноаминооксидаза-ингибиторы, похоже, более эффективны при приступах паники, в то время как производные бензодиазепина вызывают симптоматическое улучшение при предвосхищающей тревоге. Эти авторы предлагают биологическую модель эндогенной тревоги и приступов паники, не считая и то и другое явление реакцией на *бессозна-*

тельно устрашающие стимулы, в силу неосознанности недоступные индивиду, однако поддающиеся успешному анализу. Лекарственная терапия тревоги, ограничивающаяся соматическими симптомами и игнорирующая психические причины, серьезно критиковалась и со стороны бихевиоральной терапии, как видно из полемики Клейн и др. (Klein et al, 1987), Клейн (Klein, 1987), Леллиотт и Маркса (Lelliott, Marks, 1987).

Мировое распространение системы диагностики DSM-III, влияние, которого, как можно предвидеть, она способна достичь, вызывают озабоченность. Текущие исследования в психиатрии базируются в основном на биологической гипотезе происхождения приступов паники. Это вылилось в приоритете психофармакологического лечения перед психоанализом и поведенческой терапией. Недостаточно внимания уделяется психодинамическим механизмам и психологическим факторам приступов тревоги. Несмотря на то что неврозы тревоги в большей или меньшей мере проявляются синдромом, описанным еще Фрейдом наряду с алкоголизмом и депрессией, и входят в список наиболее частых психических заболеваний, огромное число пациентов получают одностороннее и, соответственно, неадекватное фармакологическое лечение — независимо от того, насколько возможно обнаружить психогенез приступов тревоги. При приступе тревоги укорененный в личностной диспозиции биологический паттерн проявляется под действием ситуативного раздражителя. Занятная черта истории медицины состоит в том, что важнейший тезис Фрейда о неврозе тревоги как патофизиологическом синдроме был открыт заново, тогда как психическими условиями возникновения и течения этой болезни пренебрегли. Даже бета-блокаторы лишь смягчают соматические симптомы тревоги, например сердцебиение. Мы разделяем точку зрения Хэфнера, что психические процессы, приводящие к состояниям тревоги, как правило, не поддаются медикаментозной терапии:

> Максимум, чего можно достичь, — это, блокировав особо тяжелые приступы тревоги, дать больному лучше использовать собственную способность справиться с тревогой. Хронические тревожные состояния, в особенности невроз тревоги, требуют психотерапии (Häfner, 1987, р. 203).

Чрезмерное доверие к транквилизаторам при лечении психических нарушений видно, например, в том, что транквилизаторы принимают около 10 процентов населения США, они занимают третье место среди всех выписываемых лекарств, а объем их ежегодных продаж в Западной Германии достигает в стоимостном выражении 240 млн. марок.

В действительности эффективность транквилизаторов статистически неочевидна именно при невротических расстройствах и симптомах тревоги и депрессии. Пациенты контрольной груп-

пы, которые принимали плацебо, тоже демонстрировали явное улучшение, особенно при длительном лечении. Это указывает на важность общетерапевтических факторов, воздействующих на лечение через отношение врач — больной, через психологическую и психотерапевтическую ориентацию врача (Kächele, 1988a).

Предрасположенность к тревожным реакциям, которую часто называют чертой личности, может трансформироваться в острое состояние тревоги в ответ на многообразные сигналы опасности (Spielberger, 1980). В крайних случаях почти любой стимул способен вызвать приступ тревоги, и при отсутствии лечения свободно плавающая тревога может стать хронической. Фобии находятся на другом конце спектра, хотя четкое разграничение здесь трудно сделать. При фобиях приступ тревоги возникает в ответ на специфическую ситуацию или стимул, которых пациент может избежать. По наблюдению Гринсона (Greenson, 1959), состояния диффузной тревоги, напоминающие невроз тревоги, лежат у истоков многих фобий, при которых вторичная связь между приступом тревоги и элементами ситуации, в которой он произошел, формируется посредством механизма каузальной атрибуции. Тогда индивид освобождается от тревоги постольку, поскольку ему удается избегать фобического объекта: пауков, змей, мышей, открытых площадей, мостов или самолетов.

Обычно отличают диффузную ненаправленную тревогу от страха, относящегося к конкретной опасности. Как подчеркивает Менцос, это различие

> утратило значение в обыденном языке, так как слово «тревога» стало относиться к конкретной опасности. Тем не менее кажется разумным все же отличать более расплывчатые, менее организованные, ненаправленные, соматизированные реакции тревоги от четко направленных реакций, даже если на практике не всегда возможно или желательно проводить разграничение тревоги и страха. В наименьшем числе случаев возможно отталкиваться от одного из двух этих полюсов; напротив, количество нюансов на континууме между диффузной тревогой и конкретным, направленным страхом бесконечно (Mentzos, 1984, p. 14).

Тревога, впервые появившаяся в специфической ситуации, может впоследствии вызываться и в других сходных ситуациях. Такая генерализация стимула происходит в той мере, в какой усиливается реакция избегания в результате негативного подкрепления. Избегание, в свою очередь, увеличивает тревогу по поводу опасной ситуации, что может являться дополнительной причиной несоразмерности наблюдаемого воздействия силе приступа паники.

Несоразмерность эта означает, что пациент психосоматически реагирует так, как если бы он находился в большей опасности. Если принимать всерьез сознательные и бессознательные

идеи тревожных пациентов об угрозе, станет ясно, что у них есть веские причины для проявления свободно плавающей тревоги, которая только по видимости лишена объекта. Угроза, ощущаемая тревожным невротиком, столь могущественна потому, что он не может избежать ситуации, в которой она возникает, следовательно, угроза гибели повсеместна. С точки зрения здравого смысла эта угроза либо вовсе не существует в реальности, либо чрезвычайно преувеличена. Современные диагностические методы вносят свой вклад в эту ошибку, часто обнаруживая небольшие отклонения, которые неправильно считаются затем причиной или частью невроза тревоги — в то время как это его эквивалент или коррелят. Врач и пациент в этом случае верят, что обнаружили специфическую причину, и принимают лечебные меры, вызывающие временное облегчение. Тем глубже разочарование, когда удаление узелка на щитовидной железе или какое-то другое лечение не приносят желаемого результата. Едва ли существует другое клиническое состояние, которое столь часто неверно диагностировалось бы современной медициной, как невроз тревоги и его многочисленные формы.

Бесчисленные *условные диагнозы*, основанные на таких симптомах, как непроизвольное подмигивание, потливость, дрожь и пр., еще больше расстраивают пациента и подкрепляют его тревожность. В процессе диагностики часто очень трудно бывает обнаружить (психические) провокации соматического эквивалента тревоги. Соответственно, для такого пациента, в отличие от страдающего фобиями, невозможно найти облегчение в избегании провоцирующих ситуаций. Поскольку пациент с кардионеврозом или «кардиофобией» не может дистанцироваться от собственного сердца, как, например, от паука, этот синдром следует причислять к неврозу тревоги, но на стадии перехода к ипохондрическим состояниям. Термин «кардиофобия», таким образом, феноменологически и психодинамически неточен. Боулби (Bowlby, 1973) предложил клинически убедительный прием дифференциации фобий, к которому в недавнем времени вновь привлек внимание Хоффманн (Hoffmann, 1986). Агорафобик испытывает не страх рыночной площади, а недостаток в этой ситуации человека, от которого исходило бы чувство безопасности, то есть «регуляторного объекта» (Cönig, 1981). Рихтер и Бекманн описали там же дифференциацию для кардионевроза (Richter, Beckmann, 1969). Ими выделены два типа в зависимости от реакции на сепарационную тревогу. В итоге возникают существенные различия в терапевтических подходах к расстройствам тревоги и их подвидам.

Психоанализ даже больше, чем соматическое лечение, опирается на здоровые элементы человеческой личности. Чем сильнее тревожное расстройство, тем у́же то пространство, в кото-

ром пациент способен с помощью аналитика справляться с условиями возникновения тревоги, коренящимися в далеком прошлом, но воспроизводящимися в настоящем. Если пациент особенно беспокоен, аналитику необходимо прибегнуть к поддерживающему вмешательству для усиления позиции пациента в той мере, в какой это требуется, чтобы он мог исследовать свою ситуацию и совершать подобные действия. В состояниях острой тревоги и возбуждения словесного облегчения бывает недостаточно, и это делает необходимым применение транквилизаторов, антидепрессантов и бета-блокаторов для подавления сопровождающих соматических симптомов. Важно, чтобы эта лекарственная поддержка была лишь частью *психоаналитического плана* лечения и подчинялась ему (см.: Benkert, Hippius, 1986; Strian, 1983; Wurmser, 1987).

Чем более диффузна и безобъектна тревога, тем труднее с ней справляться. В таких случаях важно направить работу с пациентом на обнаружение того, где тревога преобразуется в объектно отнесенный страх, чтобы найти сферу, в которой можно было бы преодолеть беспомощность пациента. Этот психодинамический процесс идет рука об руку с феноменологической дифференциацией между тревогой и страхом. Чем более успешно объективируется тревога, тем лучше становится известно, чего боится пациент, тем больше возникает возможностей справиться с угрозой объекта, порожденной самим пациентом.

Эта дифференциация имеет особенно важное значение в психоаналитической теории развития, так как зрелость определяется в ее рамках как переход от диффузной тревоги к конкретному страху. Впоследствии Менцос, несмотря на свои возражения против четкого различения тревоги и страха, утверждал,

> что в психологии развития [следует] исходить из тенденции к достижению зрелости и, следовательно, рассматривать, например, диффузные, телесно переживаемые и явно не обнаруживаемые состояния тревоги у взрослых как регрессивную реактивацию онтогенетически ранних типов тревоги — или по крайней мере предположить дезинтеграцию более позднего зрелого паттерна тревоги (Mentzos, 1984, p. 15).

Мы согласны с Менцосом в том, что способность контролировать тревогу является индикатором зрелости Я. Таким образом, знание свойств прототипической фундаментальной тревоги у детей облегчает диагностику невроза тревоги у взрослых.

В заключение хотелось бы упомянуть несколько принципов терапевтической техники, доказавших свою ценность в психоаналитическом лечении расстройств тревоги, независимо от их тяжести. Самое важное — это развить способности пациента к интеграции, противодействия стимулам, которые порождают тревогу. Констатация того факта, что именно страдающих тяжелым тревожным расстройством невротиков отличает слабость Я,

не означает ничего, кроме того, что у них низкий эмоциональный порог и достаточно обычные желания выступают в качестве «инстинктивной тревоги» и включают сигнал опасности, запускающий тревогу. Техническим следствием такого описания является полная опора на функционирование аналитика как дополнительного Я. Хроническая тревога приводит к утрате уверенности в себе и чувства безопасности. В качестве дополнительного Я аналитик способствует расширению сферы действий пациента, поощряя его признанием способности пациента к достижению успеха. Эта прямая и косвенная поддержка оказывается посредством специфического средства психоанализа — интерпретаций. Чувство безопасности и уверенность в себе, например, растут в той мере, в какой элиминируются «поверхностные» виды тревоги, которые Фрейд назвал социальной тревогой и тревогой Сверх-Я. Продвижение от поверхности в глубину — апробированная терапевтическая техника, обсуждавшаяся нами во введении и в четвертой главе. Разумеется, следование этому правилу не гарантирует достижений, если в то же время ложное понимание правил нейтральности и воздержания приводит к тому, что аналитик тщательно избегает признания оставшихся способностей пациента. Справиться с невротической тревогой легче, используя все возможности прикладной терапевтической теории.

При тяжелом, хроническом неврозе тревоги с приступами паники постоянные поражения так повышают *бессознательный* потенциал агрессии, что практически не остается сколь-нибудь безобидных желаний. Например, страх умереть от сердечного приступа часто связан бессознательно с агрессией, направленной как раз на людей, на которых пациент полагается как на свою опору и защиту. Если аналитик станет интерпретировать гнев на основе этой связи, он, очевидно, лишь усилит дилемму, что приведет к терапевтической неудаче. Интерпретации должны помогать пациенту интегрировать аффекты. Самоуважение пациента в отношениях с аналитиком возрастает, когда аналитик высказывает свои предположения с позиции дополнительного Я. Амбивалентность всегда способствует повышению тревоги и должна поэтому всегда, когда только пациент способен это воспринять, называться своим именем. В соответствии с этим пациент расширяет свою способность различать бессознательные фантазии, которые на свету не выглядят такими преступными, как в ночном мраке.

С тревогой, составляющей фундаментальную проблему всех неврозов и их постепенного излечения, мы неоднократно встречаемся на страницах этой книги. Невроз тревоги умеренной тяжести — описанный Фрейдом синдром, включающий и кардионевроз, — очень хорошо поддается психоаналитической тера-

пии. Катамнестические исследования через много лет подтверждают устойчивость результатов лечения иногда даже очень тяжелых неврозов тревоги (Thomä, 1978).

9.2 Истерия тревоги

Истерия в описании Шарко и Фрейда часто или по крайней мере время от времени сопровождается тревогой и ипохондрическими фантазиями по поводу собственного тела. Содержание тревоги — безопасный путь к переживаниям пациента, а также индикатор того, что физиологические отклонения являются эквивалентами аффектов. С этой точки зрения аналитику следует уделять особое внимание фантазиям пациента, его *личной теории* болезни; в противном случае было бы невозможным распознать, например, в затруднениях дыхания соматический эквивалент невроза тревоги.

В особенности следует ожидать истерических симптомов — первоначально имевших смысл достижений и фрагментарных действий, — если бессознательные части *образа тела* несовместимы с *физиологической регуляцией* или противоречат ей. Самым важным в процессе *конверсии* является то, что несовместимые фантазии замещаются в рамках телесного образа. Понятие *замещения* относится к механизму, играющему важную роль в развитии истерической и фобической симптоматики как в теории сновидений, так и в теории неврозов. В снах и при возникновении неврозов при помощи замещения происходит формирование компромиссных образований. Психоанализ, будучи психопатологией конфликта, продемонстрировал свою клиническую эффективность в терапевтическом разрешении этих компромиссов. Одна из причин внимания, уделяемого здесь замещению, состоит в том, что этот процесс способствует пониманию как бессознательных фантазий о телесном образе, так и снов и симптомов тех пациентов, чьи случаи будут представлены ниже. Предполагавшаяся трансформация энергии, которую Фрейд связывал с теорией конверсии, стала уже устаревшей гипотезой. Читателю, желающему вначале получить информацию о конверсии и образе тела, имеет смысл обратиться к разделу 9.2.1.

Симптомы

В начале лечения Беатрис Х было 24 года, она была в браке два года и не имела детей. В течение восьми лет она страдала от дыхательного синдрома, задыхалась и чувствовала себя несчастной. Эти симптомы появились впервые в год смерти ее отца, умершего от хронической болезни сердца, сопровождавшейся затрудненным дыханием. Ее состояние, диагностированное

36-1031

лечащим врачом как нервное расстройство дыхания, ухудшилось в последние два года, у пациентки появился острый страх удушья. Она непрестанно кашляла и прочищала горло на протяжении дня (нервный кашель). Во время медового месяца ее тревога так возросла, что она вынуждена была с тех пор есть в одиночестве, так как ее состояние особенно обострялось во время еды в присутствии мужа, а затем и других людей. Ее симптомы сопровождались необъяснимыми фантазиями о своем теле: ужасное переживание пустоты; ее грудная клетка пуста, в нее не попадает воздух, она слишком слаба, чтобы дышать, воздух выходит из нее, как из дырявого мяча, после этого она чувствует себя стальной трубкой. Коитус был невозможен из-за вагинизма.

Беатрис X часто принимала скрюченную позу на полу, чувствуя себя так более безопасно. Она не выносила пустого пространства перед собой — «быть пустой спереди», по ее выражению. Поэтому она вела машину, совершенно скорчившись. Бесчисленные случайные действия повергали ее в сильное внутреннее расстройство. Она обретала поддержку, играя любыми мелкими предметами, какие попадались под руку. Она держала в напряжении себя и свое окружение.

Из событий, предшествовавших болезни, имеет смысл остановиться на следующей информации, сообщенной пациенткой в начале анализа:

С двух лет до пятнадцатилетнего возраста у нее была привычка мастурбировать, совершая особые прыгающие движения, которые ее мать называла подпрыгиваниями. Запрет матери превратил эти подпрыгивания во что-то дурное и постыдное. Давнее детское беспокойство, не нанесла ли она себе увечье, проявилось затем в симптомах.

Пациентка избегала подпрыгиваний на отцовских коленях. Оживление инцестуозных желаний в подростковом возрасте спровоцировало стереотипные сны, в которых между ней и ее отцом происходило нечто ужасное, и она пробуждалась, испытывая оргазм. Впечатляющей была и постоянно возникающая дневная греза, в которой у нее был нарыв на предплечье и его вскрывал врач. Эта частая фантазия всегда сопровождалась наслаждением.

Эдипальные инцестуозные желания закреплялись в играх с братом. Он хотел, чтобы она гладила его половой орган, а он в это время употреблял все силы на то, чтобы не потерять самоконтроль. То, что у него не дрогнул ни один мускул, делало его образцом мужского самоконтроля, достойного подражания, примером выдержки. После этих контролируемых удовольствий пациентка отправлялась в ванную, чтобы принять холодный душ. Вероятно, у матери зародилось какое-то подозрение, и она их

разлучила. Пациентка считала впоследствии, что ее родители никогда не совершали полового акта, так как они спали порознь.

Ретроспективно пациентка относила начало своих трудностей с дыханием к тому периоду, когда ей было пятнадцать лет и она успешно подавила свое стремление к самоудовлетворению (подпрыгивание). Первый приступ тревоги овладел пациенткой, когда она встретилась со своим будущим мужем; их отношения стали более интимными примерно за год до свадьбы. Вначале пациентку пугал половой акт, и физический контакт с мужем ограничивался взаимными ласками, впрочем более интенсивными, чем в свое время с братом. Истерические соматические симптомы пациентки усилились после первого приступа тревоги и в особенности после медового месяца. Симптоматика Беатрис X оформилась в синдром невроза тревоги. В дополнение к этому *истерия тревоги* возникла вследствие, в первую очередь, эдипального, сексуального содержания ее тревоги; однако презрительное отношение, закрепившееся за словом «истерический», делает нежелательным его использование в переписке или беседах с пациентом или членами его семьи. Прекратить же использование этого традиционного в научной дискуссии термина было бы неразумно. Истерические механизмы и истерические содержания являются патогенетическими факторами, по-прежнему частыми при неврозе тревоги.

В этом отчете о лечении, написанном около тридцати лет назад, фокальные точки терапевтической техники связаны со специфическими предположениями о психогенетических отношениях. Систематическое описание лечения занимает более ста убористо напечатанных страниц. Успешный психоанализ продолжался в целом около 350 сеансов. По объективным причинам Беатрис X дважды госпитализировалась; в течение этих периодов по шесть сеансов проводилось каждую неделю. В интервалах и после пациентка ходила к психоаналитику в среднем дважды в неделю до полного излечения. С тех пор у Беатрис X больше не проявлялось симптоматики, она живет гармоничной семейной жизнью, у нее несколько детей. Она очень хорошо справилась с жизненными трудностями.

Для того чтобы публикуемые отрывки были более понятны, хотелось бы упомянуть, что во время первой госпитализации был развит полиформный невроз переноса. Символический язык сновидений пациентки был очень богат, что давало возможность непосредственно подойти к ее инфантильным сексуальным теориям, истерическим нарушениям образа тела и ассоциированной с ними тревоге. Метафоры ее сновидений были необычайно тесно связаны с бессознательным, многослойным образом тела. Обращение замещений, то есть наименование этих

«переносов» (греч. metapherein), сыграло важную роль в трансформации ее бессознательно искаженного языка тела.

Анализ имитаций пациентки привел к специальному вопросу о психогенезе, например о значении ее бессознательного чувства вины, которое удовлетворялось наказанием, состоявшим в приобретении Беатрис X тех же симптомов, которыми страдал ее отец. Повседневные конфликты и любой несчастный случай приводили пациентку в сильное возбуждение, поскольку напоминали о болезни и смерти отца. После его смерти она продлила его болезнь собственными симптомами, тревогой и затрудненностью дыхания. Этим способом она сохраняла связь с отцом.

Сходство симптоматики, особенно в затрудненности дыхания, было отмечено даже семейным врачом, однако пациентка не понимала никаких намеков на это с его стороны. Для того чтобы прозрение по поводу такой имитации, коренящейся в бессознательной идентификации, стало возможным и *терапевтически* плодотворным, нередко требуется длительный подготовительный период. Разумеется, процесс подготовки пациента к осознанию бессознательных идентификаций, которые находят символическое выражение в истерических симптомах, облегчается, когда пациент практикуется в имитации определенных признаков в собственном теле.

К 123-му сеансу почва для понимания имитации пациенткой была наконец подготовлена. Пациентка открыла свою тоску по связи с отцом в сознательных фантазиях; ожили вновь боль и скорбь, связанные с ее разлукой с отцом. Посредством *перенесенной идеи* она убедилась в том, что через симптомы можно поддерживать отношения в течение долгого времени и невзирая на окончательность расставания. Затем она упомянула свой дар наблюдательности, но лишь после многочисленных оправданий, обнаруживая при этом угрызения совести, даже ей самой показавшиеся подозрительными. В конце концов после большого числа извинений Беатрис X сделала несколько нелестных замечаний о моей специфической манере ходить и аритмичных движениях рук.

Беатрис X пантомимически выражала свои наблюдения вне моей приемной. Эта имитация стала значительным событием в попытке распознать ее бессознательно закрепленные идентификации и сцепленные с ними эмоции. Ее уничижительные ремарки вывели нас к ее старому чувству вины перед отцом. На этом сеансе она впервые разрыдалась.

Следующие, более поздние наблюдения также имеют смысл в этом контексте. В своих ассоциациях она впервые упомянула нечто внешнее, а именно то, о чем я говорил с ней раньше в холле, чтобы уточнить время начала сеанса именно в 5 часов ве-

чера. Она сказала, что я выгляжу усталым, и пробовала убедить меня отменить нашу встречу. За этим последовала серия ассоциаций, которые помогли мне разобраться в ее симптомах. Ее отец часто бывал усталым и, в особенности в годы болезни, редко был в состоянии принимать пищу за столом со всеми. Его просили об этом, и он делал над собой усилие. Я интерпретировал это так: «Вы явно боялись, что что-то случится с вашим отцом во время еды; ведь он дышал с таким трудом, и картофель, который вы ему дали, мог означать для него смерть. Сегодня вы попытались предотвратить мое изнеможение, а возможно, упадок сил, даже удушье от того, чем вы меня "накормили"».

Поскольку раньше в сеансе уже была аллюзия к предшествующему сну о ежином мясе, я включил эту аллюзию в мою интерпретацию и сказал пациентке, что она опасается дать мне нечто вредное — мясо ежа со всеми его иглами. (Во сне она с сожалением подавала кому-то ежиное мясо.)

Тема ее *идентификации с больным отцом* все углублялась. Это может быть проиллюстрировано одной небольшой деталью в переносе. Беатрис X попросила, чтобы окно было закрыто, но назвала это желание ужасным. Интерпретации привели к отцу и к тому факту, что ему все время не хватало воздуха, поэтому окно должно было всегда оставаться открытым. Пациентка вспомнила также о напряжении во время семейных обедов, возраставшем по мере ухудшения его состояния. Теперь пациентке казалось, что отец не мог этого больше переносить. Я предположил, что она обеспокоена тем, что я тоже не смогу больше находиться при закрытом окне, измученный.

Другая линия интерпретации касалась гнева пациентки на отца, который был озабочен только своим бизнесом. В семье старались его не отвлекать, не беспокоить, однако именно за едой происходили конфликты. Беатрис X была при этом посредницей, так как не могла выносить ссор и разговоров родителей о разводе. Предыдущей ночью она увидела во сне, что фирма разрушена. Проходя с матерью через здание, лежащее в руинах, она сказала, что погибло все построенное ее отцом. Те же чувства, ту же озабоченность она в переносе выразила по поводу своего аналитика, в частности критикуя меня за недостаток внимания к семье.

Смещение вверх и вниз

Мы хотели бы проиллюстрировать свои теоретические заметки об образе тела и смещении клиническим примером, в котором дыхание представляло стартовую точку всей симптоматики.

Два сна. Пациентка, в отчаянии, тревоге и ужасе, видит себя в окружении бесчисленных маленьких мужчин, похожих на резиновые куколки. Они взрываются один за другим. В поисках спасения пациентка цепляется за веревку, каким-то образом свисающую с неба.

Во втором сне она вместе с многочисленными другими зеваками наблюдает с моста за главным действием сна — охотой на акул. С моста зрители видят, как, несмотря на отчаянное сопротивление, акулу затаскивают в небольшую лодку. Акула бьет хвостом во все стороны, но ее убивают ударом копья в живот.

Беатрис Х вспомнила в связи с этим сном другой, где ее на веревке спускали в бездну. Впервые была установлена связь с явным содержанием этого более раннего сна. На предыдущем сеансе мы перескакивали с одной уже знакомой темы на другую без особой пользы. Я отметил связь между взрывами маленьких человечков и ее страхом, что презерватив может лопнуть. Эти идеи вновь привели нас к обсуждению ее навязчивого желания все контролировать.

Мое невысказанное предположение состояло в том, что ее беспокойство по поводу презерватива каким-то образом связано с кастрационной тревогой. Это предположение казалось мне тем более правдоподобным, что мы обсуждали необычную позицию, которую она занимала на психоаналитической кушетке, всегда несколько по диагонали — так у нее было ощущение, что она лучше контролирует ситуацию.

Ее комментарий собственной телесной позы вызвал у меня фантазию, что она преодолевает кастрационную тревогу, используя свое тело как фаллос (см. описание этого явления у Льюина (Lewin, 1933). Ее особенность, однако, состояла в том, что ей казалось, что, вытянувшись, ей будет труднее дышать, чем когда она несколько скорчится. В этом месте она осознала, что ее игра с телом способствовала разрядке возбуждения. Мы поговорили о мастурбации как попытке прикосновением преодолеть чувство пустоты.

В отношении сна о рыбе я интерпретировал ее побуждение отомстить мне (аналитику), как она отомстила рыбе, то есть пенису, пытавшемуся силой ворваться в нее, как ракета в одном из предшествующих снов. В этой связи пациентка вспомнила другой ранний сон, где она заехала на слишком узкую дорогу. Ее воспоминания и фантазии переноса не удалось связать с бессознательным эдиповым конфликтом.

После приема Беатрис Х продолжила самоанализ и на следующем сеансе призналась, что не поделилась с аналитиком важной ассоциацией. Ее чувства подсказывали ей, что взрывы маленьких человечков явно должны интерпретироваться в связи

с фантазиями, которые появились у нее перед, во время и после дефлорации.

Затем она, к моему удивлению, дала подробный отчет о своем свадебном путешествии, первой брачной ночи и следующем дне. На второй день она отправилась с мужем купаться в море и почувствовала, по ее словам, что в ней дыра и она не может контролировать того, что и как туда втекает и отгуда вытекает. Таково было ее телесное ощущение после дефлорации. Я добавил: «Когда вы купались в море, вам казалось, что вода может вторгаться во влагалище как воздух, когда вы на суше». На языке ее сна это означало, что рыба (пенис) тоже могла войти в нее.

Беатрис Х действительно до сих пор верит в то, что ее влагалище продолжает расширяться, разрываясь. В этой связи она припомнила более ранний сон, в котором надрезы на крыльях мухи определенно были теми же, что она получила при дефлорации.

Пациентка затем добавила, что сразу после этого у нее возникло непонятное ей самой нежелание есть в обществе других. Это возникло почти сразу после дефлорации, и тогда же усилилось расстройство дыхания. Она сразу же ощутила, что это было *смещением вверх*, попыткой с помощью произвольного управления мышцами контролировать «дырки» — там, где это возможно.

Интерпретация сна с рыбой углублялась. Пациентка рассказала о своем отвращении к рыбе, которое чувствовала со времени медового месяца. Ее тошнило от запаха сырой рыбы, что было явно результатом лишь сейчас осознанного сходства этого запаха с запахом семяизвержения.

Я интерпретировал также ее агрессию в отношении мужа, сказав: «Вам было больно, и вы отомстили мужу и его пенису. Во сне вы заставили его убить акулу; в реальности вы часто «пилите» вашего мужа».

На предыдущем сеансе лопающиеся человечки, резиновые шарики привели к ассоциации с мыльными пузырями и к другой аллюзии, которая поначалу не показалась продуктивной. Я подумал, что вскрывающиеся пузырьки представляют собой еще неясную связь с приятной фантазией о нарыве на предплечье, который вскрывает врач. Пациентка не могла вспомнить, был ли у нее когда-либо образ того, что содержалось в этом нарыве.

На 131-м приеме Беатрис Х не сразу упомянула о нарыве, не раньше, чем закончила рассказ о медовом месяце, соотнося в нем сон о рыбе и ассоциации, касающиеся поедания рыбы. Она стала развивать эту мысль, сказав, что, несмотря на высокую репутацию отеля, где они остановились, обнаружила в ванной мышь, которая затем исчезла. Она представляла себе, что мышь исчезла, спряталась в туалете. В ночь после этого ей приснился отвратительный сон.

П: У меня заурчало в кишечнике. Там огромная рыба.

У пациентки раньше возникала идея, что она что-то породила, чтобы продемонстрировать свою независимость. Я интерпретировал сновидение, сказав, что у нее в животе, наоборот, нечто, что вошло туда, а не вышло оттуда. После этой интерпретации она рассказала сон, приснившийся ей накануне.

П: У меня нарыв на носу. Подошел мужчина, который вскрыл нарыв булавкой, и оказалось, что там была спрятана такая же булавка.

Этот сон соответствует другому ее сновидению об анальном извержении из пениса. Я суммировал ассоциации пациентки в интерпретации переноса. Она сказала после этого, что ей бы очень хотелось прочитать мои записи, чтобы понять наконец, что я о ней думаю; она часто спрашивает себя, что я напишу о ней после сеанса. Интерпретации строились следующим образом: секреты, содержавшиеся в моих заметках, вероятно, состояли в том, что я мало думаю о ней как о женщине. Теперь она полагает, что ей следует придавать большое значение скрытому элементу. Я интерпретировал ее личный реванш как бессознательную идею, что я, как и ее муж, впустую растрачиваю ее чудесные ассоциации, продукцию ее кишечника, ее деньги и ее идеи, чтобы создать прекрасный проект и стать великой личностью, архитектором и аналитиком, в то время как она вынуждена пожертвовать, как она полагает, всем и всегда оставаться с пустыми руками (аллюзия на ручку, которой я писал, а ее муж использовал в своей успешной карьере архитектора — и которая есть символ пениса).

Ее нервный кашель прошел почти совершенно. В последующие несколько недель она стала способна разделять с мужем трапезу — впервые с начала медового месяца. Их сексуальные отношения сделались более удовлетворительными, и она меньше внимания уделяла контрацепции, невзирая даже на то, что ее страх перед зачатием и вынашиванием ребенка усилился.

Резюме. Мы привели здесь эти два отрывка из анализа истерии тревоги с целью дать читателю возможность соучастия в частичном разрешении симптомов. Как бессознательная имитация пациенткой симптомов ее отца, так и смещения снизу вверх частично были причинами заболевания, и их определение привело к значительному улучшению вызываемой ими симптоматики. Тот факт, что симптомы тем не менее не совсем исчезли, указывает на наличие еще других бессознательных активных условий. И действительно, в фокус анализа вошло другое содержание тревоги. Вместо некоторых прежних симптомов актуализировался страх родов, то есть произошла смена симптома (см. разд. 9.5). Следует обратить внимание на аллопластическую

структуру ее новых страхов, в отличие от предыдущей ипохондрической тревоги. Всегда можно считать ослабление аутопластической репрезентации конфликтов, или их глубинной интернализации, хорошим признаком, что подразумевается самим различием аллопластических и аутопластических процессов по Ференци (Ferenczi, 1921).

В разделе 8.3 описано разрешение невротических страхов в этом случае и приведены выдержки из *протокола, отражающие последовательность событий в терапии.*

9.2.1 Конверсия и образ тела

Любой принимающий дарвиновское понимание эмоций, до сих пор сохранившее значение для современных теорий аффектов (т. 1, разд. 4.2), будет избавлен от необходимости решать проблему конверсии. Идея конверсии сводится к гипотезе о том, что психическая энергия трансформируется в физическую энергию или в возбуждение. Для достижения диагностического и терапевтического понимания многих функциональных синдромов достаточно представить их как бессознательное выражение эмоций. Экспрессивное значение истерических симптомов *не сводится* к сексуальности. Фрейд приравнивал *конверсию* к дарвиновскому принципу «переизбытка возбуждения» (Freud, 1895d, p. 91). Например, в описании случая Элизабет Р. есть такая фраза: «Все эти ощущения и иннервации принадлежат области «выражения эмоций», которая, как учил Дарвин, состоит из действий, некогда имевших смысл и направленных к цели» (Freud, 1895d, p. 181). В случаях, представленных Фрейдом, содержится множество примеров таких симптомов, в которых, например, бессознательно находят свое выражение агрессивные импульсы.

Для нас нет необходимости придерживаться идеи перехода психической энергии в физическую, чтобы понять идею Фрейда об истерических симптомах как бессознательных фантазиях, проявляющихся в завуалированной форме (Freud, 1895d, p. 133). *Причинное* допущение здесь сохраняется, даже если не добавлять выражение «путем конверсии» (а именно *трансформации* психической энергии в физическую). Истерические симптомы и многие функциональные синдромы являются фрагментарными, сенсорными или моторными актами, которые благодаря защитным механизмам проявляются лишь частично, часть вместо целого (pars pro toto). Идеациональный компонент, то есть идея и цель, стал недоступен самому пациенту. Это является основой критерия причинности и прогноза в клинике.

Проблема тела и разума не может быть разрешена эмпирически, но может игнорироваться, как и относящийся к ней «та-

инственный скачок от умственного к физическому» (Freud, 1916/17, p. 258). Истерические симптомы есть рудиментарные и первоначально осмысленные события — и в этом качестве их психофизиология не более таинственна, чем психофизиология целенаправленных действий (Rangell, 1959). Тот факт, что психоанализ использовал теорию конверсии, подразумевая трансформацию одной формы энергии в другую, говорит о том, как далеко он отклонился от магистрального пути в течение десятилетий, следуя экономическому принципу (см. т. 1, разд. 1.1). Между тем психоаналитический метод, основанный на психологической теории Фрейда, вполне достаточен для понимания языка истерии и объяснения формирования симптомов.

> Выводя то, что было бессознательным, в сознание, мы снимаем вытеснение, устраняем предварительные условия формирования симптомов, трансформируем патогенетический конфликт в нормальный, для которого можно найти какое-то решение. Все, что мы делаем для пациента, сводится к этому единственному психическому изменению; и то, насколько нам это удалось, есть мера нашей помощи. Там, где невозможно устранение вытеснения (или аналогичных психических процессов), от нашей терапии ничего не приходится ожидать (Freud, 1916/17, p. 435).

Истерические и другие функциональные симптомы не позволяют аффектам полностью себя проявить. Часть представляет целое. В этих условиях больному человеку более всего недостает способов проникновения в собственные побуждения. Цитируя Фрейда, можно сказать, что они «уклоняются от переработки сознанием». Существенно то, что вызванный вытеснением разрыв — обязательное причинное условие (Grünbaum, 1984) — может быть преодолен с помощью *интерпретаций*. Иначе обстоит дело с симптомами физического заболевания. Александер писал еще в 1935 году (Alexander, 1935, p. 505): «Было бы методологической ошибкой пытаться интерпретировать органический симптом, являющийся конечным результатом цепи опосредующих органических процессов». Этот взгляд согласуется с ясными методологическими указаниями Фрейда по поводу физических нарушений, которые не следует интерпретировать символически (Freud, 1910i, p. 217); это подводит нас к современным теориям деятельности и аффектов и к взгляду, выраженному Кристианом:

> С точки зрения теории действия симптомы конверсионной истерии представляют собой действительное происхождение фантазии. Важен и результат фантазии, но не результат естественного и нормального действия, а реализации в определенном сценическом упрощении урезанных возможностей действия. Следующее сравнение поможет прояснить это: полная сценическая реализация языка тела воплощена в балетном театре, где сцены разыгрываются на языке тела, но в артистической манере. Истерическая игра, напротив, более примитивна и менее артистична; в ней есть нечто театральное, но не художественное. Фрейд также отмечал в кон-

версионных симптомах признаки редукции к примитивному фантазированию... Симптомы одновременно и замещают те действия, которые иначе должны были бы быть совершены (заменяющие или фрагментарные действия), и выражают бессознательный конфликт (репрезентативные действия) (Christian, 1986, р. 81).

Сексуальная революция и учение Фрейда внесли существенный вклад в то, что истерия и истерия тревоги, столь распространенные в XIX веке, симптомы которых воспроизводились внушением у пациентов Шарко в Сальпетриере, так редко встречаются в сегодняшнем обществе. С другой стороны, те же симптомы истерии тревоги продолжают существовать в «функциональных синдромах» — все менее ясном диагнозе, который оказывает все большее давление на современную медицину. Больной, который не может знать, что его симптомы — это выражение несознаваемых эмоций, настаивает на повторном медицинском обследовании, чтобы исключить скрытую и, возможно, злокачественную болезнь. Нередко эти диагностические процедуры обнаруживают какое-нибудь безвредное отклонение от нормы, которое из-за своей двойственности становится источником нового беспокойства и приводит к мерам, совершенно не способствующим облегчению состояния невротической тревоги. Причина этого является следствием самой структуры тревоги и результатом порочного круга, в котором беспомощность, безнадежность и страхи усиливают друг друга. Эти связи описаны нами в рассуждении о центральной роли тревоги в психоанализе (разд. 9.1). Один из фундаментальных фактов, открытых Фрейдом, состоит в том, что бессознательное побуждение направлено на внешний объект или его образ, что этот последний может быть «впечатан» в тело субъекта (или Я-образ). Специфическое содержание бессознательных фантазий в каждом случае свое. Однако аналитикам можно посоветовать исходить из того, что импульсы вытеснены или агрессивные импульсы, сделавшись бессознательными, представлены во *всех* случаях дисморфофобией, то есть во всех случаях нарушения образа тела, когда пациент субъективно ощущает некую деформацию, хотя на самом деле ее нет (разд. 5.5). Это наблюдение может быть понято, если иметь в виду, что, перефразируя известную метафору Фрейда, тень оставленного объекта падает и на *образ тела*. Борьба, в которой воображаемое или реальное повреждение было нанесено оппоненту (объекту), изображается в телесном образе самого индивида, который частично встал на место другого человека. Этот процесс может лежать в основе как простых имитаций, так и мистического соучастия — например, в страданиях Иисуса на кресте.

В силу фундаментальной важности *схемы тела* и *образа тела* для общего понимания болезни следующий раздел книги мы

посвящаем этим понятиям (см. также их всестороннее описание у Джорашки (Joraschky, 1983). Понятие схемы тела сложилось в неврологии и использовалось Пиком и Хедом для описания причудливых восприятий у пациентов с перерождением мозговой ткани. Хед говорил о схеме тела как системе отсчета телесных восприятий, то есть ориентации в пространстве и позы. Схему тела он определил в нейрофизиологических терминах: использование человеком этой схемы — не психический процесс, и происходит он на физиологическом уровне (Joraschky, 1983, p. 35). Шилдер (Shilder, 1923) тоже вначале следовал определению Хеда, однако этот изобретательный автор расширил обсуждаемое понятие так, что оно стало включать в себя субъективное переживание тела, то есть психический пространственный образ, складывающийся в межличностном взаимодействии. Мы упростим проблему, ориентируясь на Шилдера, который последовательно интегрировал психологические и психодинамические результаты в теорию схемы тела, а в последней книге «Образ и внешний вид человеческого тела» (1935) ввел понятие «образ тела».

От схемы тела к образу тела — эти ключевые слова подчеркивают сделанные Шилдером открытия, оказавшиеся чрезвычайно плодотворными для психоанализа и психосоматической медицины. Шилдер — по словам Рапапорта (Rapaport, 1957, p. 7), один из самых образованных мыслителей в истории психиатрии — редко цитируется. Поэтому мы хотим процитировать несколько отрывков из его малоизвестной статьи «Das Körperbild und die Sozialpsychologie» («Образ тела и социальная психология», 1933). Мы хотим подчеркнуть те взгляды Шилдера, которые особенно тесно связаны с терапевтической техникой. К примеру, что тело и мир — соотносимые понятия:

> Сознание вещественности, трехмерный образ себя, вероятно, приобретаются так же, как знание о внешнем мире. Оно постепенно строится из тактильного, кинестетического, зрительного сырья... Субъективно переживаемый образ тела становится, таким образом, картой инстинктивных побуждений (p. 368).

Шилдер дает краткое описание пациентки, которая чувствовала, что ее тело разваливалось на куски. Это соотносилось с ее стремлениями растерзать других. Для Шилдера желание быть увиденным столь же изначально, что и желание видеть.

> Образ собственного тела имеет очень много общего с тем образом других, который есть у субъекта. Когда мы конструируем свой образ тела, мы постоянно ищем, что могли бы ассимилировать в наше собственное тело. Мы не менее любопытны к своему собственному телу, чем к чужим телам. Когда удовлетворены глаза, мы хотим потрогать, чтобы и наше касание было удовлетворено. Наши пальцы прокладывают путь в любой уголок тела. Вуаеризм и эксгибиционизм имеют общие корни. Образ тела — соци-

альное явление, но человеческое тело никогда не спокойно, оно всегда в движении. Движение тела — либо действие, либо экспрессия; это тело человека со страстями и мотивами (р. 371).

Дав описание невротической симптоматики, Шилдер резюмировал его интерпретацией: пациент в своих действиях проиграл роли многих людей. Он рассматривал это как пример того, что

собственный образ тела содержит образы тел других людей. Но эти последние были даны пациенту до того, как он смог растворить их в образе своего тела. Он одновременно живет в своем теле и вне его. Мы в одно и то же время обладаем собственным образом тела и образом тела другого. Телесный образ — не продукт обезличивания образов тел других, хотя мы их частично ассимилируем. Это и не продукт идентификации, хотя такие идентификации могут обогащать наш образ собственного тела... Образ тела никогда не бывает устоявшимся. Он меняется в соответствии с ситуацией. Это творческая конструкция: он строится, разрушается и перестраивается. В этом процессе построения, реконструкции и разрушения особенно важны идентификация, обезличивание и проекция... И все же социальная жизнь не основывается лишь на идентификациях, не менее существенны и действия, которые возможны только при условии, что другой — это другой со своим собственным телом. Две конфликтующие тенденции сосуществуют: одна из них ассимилирует другого человека в собственном Я с помощью идентификации и иных, сходных с ней процессов; другая — не менее сильная и оригинальная — устанавливает и принимает другого человека как независимое целое. Эта социальная антиномия вызывает серьезные последствия (pp. 373, 375).

Живой язык Шилдера, вероятно, каждому напомнил о многообразных проявлениях собственного телесного образа. Постоянное взаимодействие образов тела — своего и других, — естественно, далеко выходит за рамки эстетического сравнения. Частью этой социальной антиномии является также отношение близости и дистанции. Исходя из клинических наблюдений, Шилдер всегда на нескольких страницах представлял точку зрения, подчеркивающую социально-психологические измерения образа тела. Эмоции, экспрессии и фрагментарные действия в значении истерических симптомов имеют, таким образом, прямое отношение к тому аспекту образа тела, который более или менее бессознателен.

Образ тела формируется в связи с нейрофизиологической схемой тела и объединяет все богатство репрезентаций сознательных и бессознательных идей. Эти репрезентации могут совпадать или конкурировать с функциями тела, закладывающимися физиологически, и даже игнорировать их. Благодаря своей многослойности образ тела можно сравнить с картиной, которую снова и снова рисовали на одном и том же холсте, и получилось, возможно, нечто целостное, а возможно, и нет. В этой метафоре холст — нейрофизиологически сформированная схема тела или даже, в более общем смысле, — Фрейдово те-

лесное Я. Между тем индивид как художник есть и остается частью своего образа тела, поскольку он всей жизнью связан с тем, что там нарисовано, и поскольку в отношениях между идеей и образом может господствовать либо продуктивное, либо разрушительное напряжение.

9.3 Невроз тревоги

Необычайно тяжелый невроз тревоги, сопровождавшийся пароксизмальной тахикардией, потребовал длительной госпитализации Кристиана Y в отделении внутренней медицины. В предшествующие годы у него существенно ослабло чувство безопасности. Любой обычный раздражитель, вплоть до минимальных колебаний — в буквальном или метафорическом смысле — атмосферного давления, мог вызвать тревогу и сердечный приступ. Пациент был недееспособен, зависим от больницы, которую не мог покинуть.

Пациент с трудом выдерживал диагностические интервью. Он описал, как многие годы его терзала тревога, мучил глубокий страх смерти. По его словам, он был вял и подавлен и продолжал жить только из чувства долга по отношению к своим родителям. Он долго вынашивал планы самоубийства. Его «нормальность» была показной: преодолевать свою тревогу и ее соматические последствия он был способен лишь в больнице или рядом с ней.

Был поставлен диагноз невроза тревоги на фоне нарциссической личностной структуры. Ниже приводится хронологическое описание аналитиком истории симптомов пациента:

Пациент был старшим сыном в большой семье. Старше его были лишь две сводные сестры от предыдущего брака отца. Его очень беспокойная и чрезмерно заботливая мать была главой семьи и особенно опекала своего первенца. Отец был преуспевающим физиком, по профессиональным причинам он провел вне семьи несколько лет, и пришлись они как раз на детство пациента; впоследствии присутствие в доме отца также было не слишком частым.

Дошкольный период (до 6 лет). Многочисленные детские страхи. В отсутствие отца у пациента развилась очень сильная фиксация на матери. Эта фиксация с возрастом усиливалась из-за страха темноты и одиночества. Отец вернулся, когда пациенту было три года. Детские страхи усилились в связи со снами, в которых мужчина наказывал пациента злым взглядом или угрожал физической расправой (с помощью плоскогубцев).

Возраст 6—12 лет. Выраженная школьная фобия, которая, впрочем, уменьшилась благодаря заботе матери, сопровождавшей его в школу и делавшей за него домашние задания.

Возраст 12—22 года. Смерть любимого дедушки от сердечного приступа. Медицинское обследование и лечение пациента по поводу «кардиоваскулярных нарушений». Диагноз, который он запомнил — «слабое сердце», — сопровождался рекомендацией ограничить физические упражнения. Это стало концом короткой фазы физической активности и занятий спортом, которая теперь сменилась зависимостью и пассивностью. Начиная с двенадцатилетнего возраста пациент лечился у многочисленных врачей по поводу чувства беспокойства и нарушений сердечной деятельности.

Чрезмерная материнская забота подавила самостоятельность пациента. Мальчик стал очень примерным, послушным, сдерживал свою активность и любопытство, чтобы сохранить любовь матери. Соперничать с двумя младшими братьями ему было запрещено. Его школьные достижения были гораздо ниже его интеллектуальных возможностей. Ему удавалось скрывать нарушение работоспособности и концентрации внимания только благодаря высокому (выше среднего) интеллекту, позволявшему с легкостью достигать средних результатов. Он чувствовал себя хорошо до тех пор, пока ему удавалось без усилий достигать цели, однако даже малейший стресс приводил к неудовольствию и тревоге, расшатывал его хрупкую самооценку. Несмотря на то что хорошо воспитанный юноша всегда нравился людям, сам он не мог припомнить ни одного периода в своей жизни, когда бы хоть в чем-нибудь был доволен собой и мог раскованно общаться с другими людьми.

В подростковом возрасте он изо всех сил старался преодолевать материнскую фиксацию. Он был неспособен к спортивным соревнованиям. Типичный для него паттерн поведения состоял в том, что он отказывался от борьбы как раз накануне успеха.

Чувствуя себя несчастным из-за отсутствия успеха у девушек, пациент принял сознательное решение освободиться от влияния матери. Его отношения с девушками имели нарциссический характер и, как и мастурбация, приносили ему больше чувства вины, чем удовлетворения. Он растерял последние остатки ощущения безопасности, когда одна девушка его отвергла. Этот удар привел к декомпенсации, и пациент стал ощущать нарушение сердечной деятельности как непоправимый физический дефект.

Кристиан Y был вынужден прервать обучение из-за своей симптоматики и в настоящее время является инвалидом.

В ретроспективе видно, что аналитик неверно оценил тяжесть заболевания и не уделил в терапии достаточно внимания

выбору технических приемов, исходя из факта, что Кристиан Y все еще пребывал в позднеподростковом периоде развития. Поскольку для этой возрастной группы проблема силы-бессилия носит особенно деликатный характер, терапевтическая техника должна была бы больше опираться на «партнерскую кооперацию» (Bohleber, 1982). К тому же, когда анализ был начат около двадцати лет назад, терапевтическая техника аналитика содержала и имманентные ошибки, имевшие неблагоприятные последствия. Например, явно преждевременной была рекомендация сократить или даже прекратить прием лекарств. Более тесное сотрудничество врачей, лечивших Кристиана Y, также могло бы помочь стабилизации его самооценки и способствовать уменьшению числа поражений, приведших к дальнейшему росту тревоги.

Имеет смысл специально упомянуть следующие аспекты внешних обстоятельств терапии. Анализ начался двадцать лет назад и закончился через десять с лишним (около 1400 сеансов). Невроз тревоги Кристиана Y был так глубок, что потребовал свыше полутора лет пребывания пациента в стационаре. Начиная с 320-го сеанса Кристиан Y смог проходить интенсивную терапию (5 сеансов в неделю), живя вне стационара. Еще через некоторое время он смог отказаться от такси и самостоятельно приходить на прием. Через три года, несмотря на еще продолжавшие действовать многочисленные внутренние ограничения, Кристиан Y смог начать профессиональную карьеру в другом городе. В это время частота сеансов стала постоянно сокращаться. Таким образом, из 1400 сеансов 600 пришлись на первые три года, а остальные распределились на много лет. Этот случай прослеживался в течение длительного периода по окончании терапии. В настоящее время Кристиану Y — за сорок, он вполне состоялся профессионально, является счастливым мужем, отцом, хотя все еще жалуется на недостаток уверенности в себе.

Здесь приводятся четыре примера из анализа этого пациента. В следующем разделе представлен 203-й сеанс, относящийся к периоду терапии в стационаре. В разделе 4.3 мы описывали в контексте неудовольствия как сопротивления Оно 503-й сеанс, в котором его летаргия и неспособность работать достигли апогея. Наконец, в разделе 9.3.2 мы обращаемся к двум отрывкам из фазы завершения терапии, к которым Кристиан Y впоследствии добавил поучительный комментарий.

9.3.1 Сепарационная тревога

Этот отрывок ясно демонстрирует глубину проблемы сепарации и провоцирующей ситуации. Данный пример показывает попытку аналитика прояснить конфликтующие потребности и желания пациента.

Перед этим сеансом, в выходной день, пациент сказал своим родителям о своей зависимости от них. Никогда раньше он не ощущал этого с такой ясностью. Родители отправились куда-то с друзьями, оставив его на пару часов. Пациент же почувствовал настоятельную необходимость, чтобы они остались с ним, были в его распоряжении. В больнице три врача уделяли ему особое внимание, в основном потому, что его приступы тахикардии плохо купировались бета-блокаторами. Вероятно, как следствие аналитической терапии, как раз в это время пациент весьма двойственно относился к медикаментозному лечению; похоже, что он согласился с мнением аналитика, что ему следует попытаться обойтись без лекарств. С другой стороны, лекарственная терапия оказывала ему прямую поддержку, которой он не получал от аналитика.

Пациент пришел на прием с обострением симптоматики.

П: Меня снова подташнивает, я... ужасно возбужден, задыхаюсь, ну, не совсем задыхаюсь, это сильно сказано, но не хватает воздуха, и сердце... Я не принимал никаких таблеток, потому что вы не хотели, чтобы я их пил, но... я не уверен, что это такое... ну, что бы это могло быть. [Пауза.] Когда я чувствовал себя нехорошо, я несколько раз ощутил желание, чтобы вы были со мной, а потом я понял, что злюсь на вас, по крайней мере мне казалось, что я понял, но не мог признать, как это сильно. Так или иначе, я на вас сердит. [Пауза.] Забавно, сейчас я не могу больше говорить, но и симптомы тоже исчезли. Осталась лишь досада, что я недостаточно себя контролировал, и беспокойство, что я вас как-то обидел.

А: Но эта тревога явно слабее той, другой. Симптомы действительно сейчас исчезли?

П: Хм, да.

А: Это говорит о тесной связи между сильным гневом и вашими симптомами.

П: Да, и потом, всякий раз, когда мне так плохо, как сегодня утром, мне хочется кого-то громко позвать. Мне всегда приходится «собирать» себя, чтобы удержаться от крика. Мне приходит в голову, что это имеет отношение к нежеланию оставаться одному. Что-то вроде этого.

А: Именно это и случилось: закрытая дверь и надпись «Не входить». Этот тип, он что, собирается опять заставить меня ждать четверть часа?

П: Ну, на этот раз я не мог ждать. Я позвал врача, спросил его, я так кошмарно сегодня себя чувствовал. Сейчас пульс опять нормальный — сильный, не быстрый... Это, должно быть, то настроение, которое овладевает мной, когда я ухожу от вас

37 1031

или из дома. Очевидно, что я обращаю весь собственный гнев на самого себя. Почему я не могу поверить, что все это чепуха?

А: Потому что благодаря этому вы не вопите, не кричите, не орете на меня — того, кто вас покидает. Вы чувствуете себя в большей безопасности, когда не ведете себя таким образом, так как думаете, что иначе я точно вас брошу.

П: Может быть, меня удивляет и успокаивает, что вы не подали виду. Если бы я думал, что в комнате, кроме вас, кто-то есть, я бы не постучал.

А: Да, вы почувствовали, что я не сержусь. И значит, гнев, который вы испытывали перед тем, как постучали, не имел никаких ужасных последствий. И ваша тревога немного улеглась. Ну да, в конце концов он не сердится, и тогда симптомы исчезают, и гнев проходит, и ничего особенно плохого не происходит.

Комментарий. Последовательность событий свидетельствует о том, что пациент, выйдя из палаты, был уже расстроен. Перед приходом он получил от врача заверение, что ничего дурного не случится. Подойдя к моему кабинету, он увидел табличку «Не входить». В этот момент он почувствовал себя внезапно брошенным и одиноким и среагировал гневом. Однако ярость его не могла достичь цели и «увязла» в симптоматике.

То, что аналитик сам упомянул провоцирующий фактор (закрытую дверь) и те последствия, которых страшился пациент, оказало решающее действие на ход приема. Аналитик встал на место пациента, вербализуя его агрессивную фантазию, и указал причину, по которой тот не мог кричать. Разумеется, первый шаг не решил проблемы, однако впервые ясно продемонстрировал ее пациенту. Это подтверждает дальнейший ход сеанса, где пациент развивает сопротивление дальнейшей ассимиляции инсайта, исходившего в первую очередь от аналитика.

П: Теперь я вновь начинаю ощущать беспокойство от того, что не уверен, понимаю ли я то, что вы сейчас сказали. Я имею в виду, что ничего не происходит, когда я по-настоящему зол.

А: Однако вы понимали это мгновение назад.

П: Да, но... хм... Очевидно, я знаю, но еще не вполне в этом убежден.

А: Да, вам бы хотелось моего постоянного дружеского участия, чтобы я ежеминутно вас в этом убеждал.

П: Да, именно это я все время твердил себе внизу [в палате], что, даже если я сердит, ничего не случится. Но это не приносит никакого облегчения.

А: Если меня нет с вами, вы злитесь и вам хочется, чтобы я вас снова убедил — а это злит вас еще больше — в том, что и мое присутствие здесь, и моя поза, и дружелюбное выражение лица показывают, что это правда.

П: Да, и таким образом вся проблема просто сдвигается.

А: Что вы имеете в виду, говоря «сдвигается»?

П: Ну, теперь уже не сам гнев вызывает у меня головную боль, а неуверенность в том, что в самом деле ничего не случится. А ведь вы достаточно часто говорили и показывали мне: ничего не происходит.

А: Да, но, возможно, тут срабатывает и еще кое-что. Хотя вам и хотелось бы, чтобы ничего не случилось, но это делает меня тем всезнайкой, о котором мы говорили вчера. Было бы невыносимо, если бы я никогда не забывался, не терял контроля, ни разу не показал бы, что тоже имею чувства.

П: Что ж, я в трудном положении.

Пациент пойман в ловушку, весьма характерную для невротического процесса, демонстрируя явление, названное Страппом (Strupp, 1985) «дезадаптивным порочным кругом». Когда интенсивные отрицательные эмоции направлены на первичную ролевую модель, тревога фокусируется в страхе быть покинутым. В то же время исполнение вытекающего отсюда желания, чтобы другой человек всегда был дружелюбен и надежен, лишь подтверждает невозможность преодоления различия между матерью и ребенком. Этот удар вновь «запускает» агрессию, которая вновь утихомиривается желанием «уцепиться» за объект. Как можно помочь такому пациенту выбраться из трудного положения? В данном случае аналитик в первую очередь еще раз объяснил пациенту дилемму, сказав: «Что бы я ни сделал, будет неверно. Если я был бы дружелюбен, это было бы ужасно; если бы я был более равнодушен и менее дружелюбен, это тоже ужасно». Затем он предложил пациенту самому подумать о том, не чувствует ли он косвенного удовлетворения, пассивно самоутверждаясь в этом тупиковом положении. Аналитик явно имел в виду психодинамическую модель вторичной выгодности болезни и описал этот конфликт, чтобы принести облегчение пациенту. Хотя эта интерпретация теоретически хорошо обоснована, она оказалась слишком далека от переживаний пациента, чтобы оказать ему какую-либо поддержку. Легко понять, что пациент впал после этого в мрачное настроение, сопровождавшееся длинными паузами. Попытка восстановить диалог оказалась непродуктивной, пациент все больше и больше гневался оттого, что и на этот раз ничего нового не произошло.

Чтобы противостоять фантазии пациента о том, что его агрессия приведет к утрате объекта и одиночеству, и в целях со-

кращения перерыва на выходные дни в конце сеанса аналитик предложил ему дополнительную встречу в субботу, на что пациент радостно согласился.

После долгой паузы аналитик прочистил горло.

А: Хм?
П: Ну, мне не приходило в голову ничего, что бы я уже не говорил. Пока я не вполне уверен, что вы все еще тут, сомнения заставляют меня снова бояться. У меня...
А: Есть достаточно причин заставить меня сделать для вас нечто большее, чем просто сидеть здесь и что-то время от времени произносить, особенно в пятницу, когда приближаются выходные, наконец действительно сделать больше.
П: Да, но все, о чем я могу думать, — это гнев. Он такой же, как был. Ярость, что меня опять оставляют одного, всегда одного. Или, может, я вас неправильно понял; может, вы хотели показать мне что-то другое.
А: Нет, ничего нового, но в том-то и суть: ничего нового опять не произошло, опять одни только слова.
П: Тогда об этом нечего больше и сказать. От меня никакой пользы, и я зол на это, вот и все.
А: Пользы? Не знаю. Вы сердиты?
П: Да, и даже не могу этого показать. Я, наверное, даже очень сердит, но разговариваю с таким подозрительным безразличием.

Комментарий. Непродуктивный период, похоже, преодолен. В этом сеансе аналитик определяет суть аффекта, вводя различие — слишком, на наш взгляд, слабое — между бесполезным и «сердитым». Аффект гнева теперь прямо направлен на аналитика и может быть принят обоими действующими лицами. Важным поворотным пунктом послужило в этом сеансе признание его «пятничности», учитывая, что для пациента, приходившего на терапию пять дней в неделю, это означало одинокий уик-энд в больнице. В бессознательном пациента — аналитик бросал его на выходные, поэтому справедливо было негодовать и злиться.

А: Но вы все же рады, что тревога, с которой вы пришли сюда, прекратилась. В конце концов, сегодня пятница, и вам хотелось бы уйти с хорошим чувством.
П: Ну, мы же договорились, что не будет ничего дурного во вспышке гнева.
А: Да.
П: Напротив, это даже приветствуется.
А: Вы в этом не вполне убеждены.
П: Вот в том-то и дело. Почему я не убежден, и как мне себя убедить?

А: Вы не хотите себя убеждать, вы хотите, чтобы вас убедил я.

Комментарий. В данной интерпретации переноса аналитик показывает одну из причин, по которым пациент не расстается со своей тревогой. Пациент отказывается принять автономию, борясь за сохранение диадической ситуации, где он всегда в выигрыше: всегда другой, а не он сам, должен убеждать его. И победа всегда остается за ним, так как попытка убедить его будет тщетна, как сизифов труд. Пациента следовало подтолкнуть к пересмотру его инфантильных требований. В следующем отрывке терапевтического диалога эта позиция пациента проверялась по отношению к той роли, которую играл в этом сеансе палатный врач.

А: Значит, вы позвали лечащего врача, чтобы спросить, можете ли вы ходить, думает ли он, что вы справитесь, что все нормально, — или зачем?

П: Нет, я просто не знал, куда повернуть, очень просто. Я не мог дойти даже до середины холла потому, что уже был так напуган, и еще из-за сердца.

А: И вы тем не менее не приняли никакого лекарства?

П: Но вы сказали, чтобы я ничего не принимал.

А: Да, но я не имел в виду, что ни при каких условиях; вы это знаете.

П: Да, конечно.

А: Важно, чтобы вы ничего не делали ради меня. Я не знаю, сможете ли вы обойтись... Возможно, вы этим проверяли, действительно ли можно мне доверять настолько, чтобы попробовать?

Комментарий. К идее о проверке пациент отнесся амбивалентно: должен ли он больше доверять лечащему врачу или слепо подчиняться аналитику? Было ли это неоправданным знаком доверия или, вовлекая сюда палатного доктора, он проверял реакцию аналитика? Здесь аналитик, похоже, вложил в свои слова слишком много веры.

П: Хм, мне слишком страшно. Вероятно, но мне это кажется странным. Я действительно боялся что-то смешать, напутать. А теперь тревога снова возвращается.

А: Да, сеанс подходит к концу, и возможно...

П: ...возвращается тревога.

А: Усиливается ваше стремление взять с собой побольше.

Комментарий. Кристиан Y получил награду в виде лишнего сеанса в субботу и в этом смысле взял с собой намного больше. После беседы с аналитиком кажется вполне вероятным, что это

предложение было сделано им пациенту потому, что он (аналитик) чувствовал себя в этом сеансе не на высоте. Кристиан Y действительно был поставлен в ситуацию конфликта лояльности по отношению к двум своим врачам и потерпел поражение, попытавшись отказаться от приема лекарств, чтобы доставить удовольствие психоаналитику. В соответствии с психоаналитической теорией тревоги такое повторение состояния беспомощности приравнивается к новому травматическому переживанию. Последняя фраза аналитика также скорее усилила, чем ослабила беспомощность пациента, так как ощущение бессилия выросло, когда стремление пациента «взять побольше» удовлетворилось не за счет его собственных действий. Некоторые аспекты сепарационной тревоги были хорошо проработаны на приеме, однако определенная беспомощность в вопросе о том, каковы могли бы быть решения дилеммы пациента, характерна на этом приеме и для него, и для аналитика.

9.3.2 Фаза окончания анализа

Основная цель заключительной фазы десятилетнего анализа Кристиана Y состояла в коррекции ошибок, допущенных аналитиком из-за ложных диагностических и терапевтических заключений. Хотя эти заключения и специфичны для данного случая, нам кажется небесполезным представить типичные проблемы, которые восходят к тому пониманию техники анализа, которое было у аналитика около двадцати лет назад. Критика со стороны Кристиана Y не только исправила кое-что в ходе лечения, но и открыла глаза аналитику на систематические ошибки.

Это не ретроспективная реконструкция хода анализа. Анализ, еще продолжающийся, должен быть всегда сосредоточен на текущем моменте и на задаче достижения терапевтически эффективных инсайтов посредством новых форм диалога и рефлексии.

Кристиан Y выразил свое давнее подозрение, что цель моей интерпретации позитивного переноса состояла не только в том, чтобы изменить его образ прошлого и относящиеся к нему фантазии, но и в предложении включить меня в его фантазийные желания и, следовательно, смешать меня с другим. Он сказал почти буквально следующее:

П: Я с самого начала подозревал, что вы пытаетесь изменить прошлое, используя эту фигуру «другого», которую вы сформировали в разных аспектах, — чтобы пересмотреть мою память о матери, в основном негативную, и поместить ее в позитивный контекст. Пациент в ужасном положении. В результате *путаницы*, которую вы, наверное, называете *переносом*, он оказывается в дураках. Например, если к вам он от-

носит свое ожидание любви, а вы отделываетесь пустыми словами, то я могу интеллектуально понимать, что вы меня не любите, а все-таки рискую что-то нафантазировать. Я никогда не утверждал, что меня никогда не любили и не могут полюбить в будущем. Вы явно меня не так поняли. Как раз наоборот, моя мать излила на меня столько любви, что хватило бы на несколько жизней. Но все, что только могло быть важно для меня или и сейчас важно, выносилось за скобки. У меня нет ничего, кроме этого старого отвержения. Поддержки своей сексуальности и агрессии, которой я искал, я не получил — вот почему я боюсь всего, что меня беспокоит.

За этим последовал обмен идеями, приведший к утверждению, что пациент был не тем, кем он хотел быть; это похоже на ложный образ Я. В то же время его тревога не позволяла ему хотеть и быть тем, кем хочет он, а не тем, кем сделала его мать.

Комментарий. Этот диалог вызывает в памяти понятие истинного и ложного Я Винникотта. Следует подчеркнуть, что базовая тревога делала почти невозможным для пациента любое спонтанное побуждение, которое он мог бы пережить как аутентичное и относящееся к его истинному Я.

Кристиан Y затем заговорил о той фазе терапии, когда он сидел, а не лежал на кушетке.

П: То, что я видел вас, помогало мне не терять контроля над собственной фантазией. И тогда путаница возникала не так легко.

А: Вы потеряли контроль не столько надо мной, сколько над собой.

П: Ясно, что имеется в виду.

Комментарий. Аналитик позволил себе обратиться к более ранним фазам терапии, к мысли о том, что мать пациента, обращавшаяся с ним во время длительных отцовских отлучек как со своим любимцем, не могла всегда отрицательно относиться к его витальности. Однако теперь выяснилось, что интерпретации терапевта в этом направлении Кристиан Y воспринял как попытку переконструировать прошлое, создать как бы корректирующую иллюзию — что-то вроде самообмана. Осторожные, в сослагательном наклонении интерпретации, целью которых было стимулировать его рефлексию (как, например: «Не могло ли быть так, что его агрессивные или либидозные импульсы иногда воспринимались позитивно?»), лишь возбуждали его подозрения. Он сказал, что такие интерпретации могут спровоцировать его на то, чтобы примириться с путаницей и самообманом, то есть излечиться посредством иллюзии.

Значение природы сослагательного наклонения как предположения заслуживает особого внимания. У многих пациентов

его использование приводит к хорошим результатам. Сослагательное наклонение — такая глагольная форма, которая позволяет говорить о том, чего *не существует*. Она предполагает нечто воображаемое. Арно Шмидт назвал ее «внутренним восстанием против реальности» и даже «лингвистическим вотумом недоверия Богу: если все было бы действительно непоправимо, то в сослагательном наклонении не было бы нужды». Роль сослагательного наклонения в работах Лихтенберга сочетала, по мысли Альберта Шена, разрушительную потенцию с созидающей энергией (по Шнайдеру: Schneider, 1987, p. 296). Неудивительно поэтому, что оно получило режим особого благоприятствования в языке психоаналитической терапии. Такие выражения, как «что было бы, если бы...», «я мог бы себе представить, что...», «не могло ли быть так, что...», предпочитаются изъявительному наклонению, концентрирующему то, что есть или должно быть. За использованием сослагательного наклонения в значении предположения кроется намерение оживить ставшие неосознаваемыми возможности.

Осторожные намеки могут ободрить людей с жесткими ограничениями и запретами со стороны компульсивных образований Сверх-Я, в то же время оставляя им достаточно пространства для собственного выбора. Осторожность нужна, чтобы не возбуждать сопротивления.

В этом отношении совершенно иной является ситуация большой группы пациентов с легко размываемыми психическими границами, которые поэтому отчаянно нуждаются в безопасности и ищут отчетливой вербальной поддержки. Кристиан Y принадлежал к этой последней группе; он продемонстрировал аналитику, что сослагательное наклонение обладает деструктивным потенциалом, если не уравновешивается наклонением изъявительным. Важно также упомянуть в этой связи длительное удерживание пациентом в памяти замечаний аналитика, что последний ошибочно принимал за идеализацию.

Лишь постепенно стало ясно, что чрезмерная эмоциональность матери сделала пациента очень подозрительным в отношении любых позитивных чувств. Поэтому он искал трезвой и ясной словесной поддержки своих мыслей и действий, но с определенной дистанции — и только тогда мог с успехом частично идентифицироваться с аналитиком.

Пациент сердито сказал, что часто пытался убедить меня в том, насколько важна для него прямая и четкая поддержка, чтобы преодолеть катастрофический недостаток самооценки.

Он сказал, что его не очень интересуют мои личные обстоятельства, однако весьма — те мои мысли, которые относятся к нему. Он привлек мое внимание к тому, насколько важно для

него познакомиться с контекстом возникновения моих интерпретаций, чтобы понимать мои чувства и мысли о нем.

П: Я всегда обвинял вас в том, что вы сидите позади меня и думаете гораздо больше, чем мне сообщаете. Меня всегда больше интересовало то, о чем вы не говорите. Вы даете интерпретации. Вы используете некоторые мои фантазии или развиваете свои собственные, используя некоторые образы. Я не хочу этого, никогда не хотел; я пытался ясно дать вам понять, что не позволяю этого. Я хочу знать ваши заметки на полях — все как есть. Я не знаю, что такое «путать» или «переносить». Мое мнение таково: это что-то совсем иное, не то, что обычно делает здоровый человек. И поэтому мне страшно — когда я вас путаю, — что вы живым воплотитесь в моих фантазиях, стимулируя некоторые из них. Это не есть реальность, а я хочу именно реальности. Мне подозрительны ваши метафоры. Я думаю, что вы пытаетесь мне внушить, что это часть реальной жизни.

Я согласился с пациентом, что возможность увидеть те связи, которые лежали в основе моих интерпретаций, действительно позволяет подвергнуть их критической проверке, в особенности когда две стороны каждого вопроса обсуждаются в диалоге. Из мира моих мыслей, открытого конкретному обсуждению, его особенно интересовали позитивные идеи о его сексуальности и агрессии.

Теоретической основой многих моих интерпретаций служило предположение, что невротическая тревога пациента проистекала в первую очередь из страха утраты объекта или любви. Кристиан Y подверг эту линию интерпретации резкой критике.

П: Я просто в ярости; вы сказали, что я боялся потерять любовь своей матери и что этот страх мешал мне поверить, что какие-то знаки привязанности все же сохранились и не все утрачено, несмотря на мой гнев. Я воспринял это как поощрение изменить тот образ матери, который у меня в голове, этот древний памятник, чтобы могла появиться мать получше. Но я говорил вам тысячу раз, что не собираюсь позволять вам менять мое прошлое, независимо от того, была ли моя мать действительно так дурна или она такой просто кажется оттого, что я на нее зол. Для меня ясно, что она отвергала то и се, и я не допущу, чтобы вы это изменили.

А: Значит, если вы что-то измените, вы себе солжете.

П: Да, это будет ложью, и я всегда обвинял вас в том, что вы склоняете меня к самообману.

А: Но разве невозможно, что вас тем не менее все еще любят, несмотря на то что вы так сердиты и что любовь не утрачена полностью? Пусть даже для вас это значит требовать слиш-

ком многого: воспринимать тепло в тот самый момент, когда сами причиняете боль.

Затем я объяснил пациенту, что страх утраты объекта был следствием бессознательного гнева.

А: Я полагал, вы опасались, что ваш гнев столь интенсивен, столь могуществен, что все может разрушить и всякое тепло исчезнет, ведь в реальной жизни человек, подвергшийся нападению, отшатывается. И возникнет борьба, которая вас разрушит, и я этого не выдержу и сдамся, и остановлюсь.

П: Знаете, у меня совершенно другая концепция, и я не так уж страдаю от какого бы то ни было взаимодействия между тревогой и страхом, скорее моя болезнь — это *дефицит, недостача*. Правда, мой страх ослаб с тех пор, как я стал лучше осознавать, насколько безграничен мой гнев. Мне стало ясно, что наличие гнева внутри меня недостаточно для того, чтобы вызвать катастрофу, и здесь я свободен в своих фантазиях, в том, чтобы говорить о гневе или впадать в ярость. Я знаю, что ничего не случится, но я не научился удовлетворяться гневом. В настоящее время я избавился от более или менее сильного гнева или по крайней мере существенно ослабил его, но его место заняла печаль — и я обрубил ветвь печали.

Кристиан Y затем заговорил об удовольствии от речи, и это сделало возможным связать удовольствие с деревом (как метафорой самого себя). Я поинтересовался, смог бы он преодолеть *недостачу*, на которую снова сослался. Он вернул мне вопрос, сказав, что это в сфере моей компетенции, а у него ответа нет. Он сказал, что ему ясно лишь, что этого нельзя сделать путем изменения его воспоминаний. После длинной паузы я признал свое бессилие решить, каким образом эта недостача может быть на сегодняшний день восполнена. Я указал пациенту, что ему удалось кое-что исправить, а именно мои действия и мысли по поводу терапии.

А: Возможно, мое признание правоты вашей критики могло бы внести вклад в преодоление дефицита, о котором вы говорите. Вы достигли большей безопасности в отношении меня, вы испытали эту безопасность.

Пациент немедленно ослабил мое замечание.

П: Я всегда озабочен своими отношениями с внешним миром.

А: Да, и более всего — признанием, а я только что дал его вам.

Комментарий. Эта проработка была продолжена на следующем сеансе и во время длительной фазы окончания терапии. Особенно неудачными были последствия того, что аналитик остановил умного, интересующегося его мыслями пациента, когда тот стал развивать абстрактные рассуждения, пытаясь, к примеру, прояснить на сеансе понятие амбивалентности. В результате

пациент пришел к выводу, что все относящееся к абстрактному аналитическому мышлению — для него табу. Нарушая такие табу, он чувствовал тревогу, словно совершал что-то запретное.

А: Не давать вам больше информации о моих мыслях было, несомненно, ошибкой.

П: Да, иногда трудно предусмотреть все последствия.

А: Да, однако здесь последствием было то, что подорвало ваше стремление познакомиться с моим способом мыслить и понять взаимосвязи.

П: Другим последствием был мой вывод, что вы неискренни, потому как я предполагал, что вы хоть и говорите то, что думаете, но говорите далеко не все.

Комментарий. В этом была причина постоянного недоверия пациента. Теплота, терпимость и эмпатия вызывали у него подозрения. Правда, пациент признал, что по практическим соображениям терапии аналитику приходилось производить отбор из возможных мыслей и комментариев. Темы безопасности и дефицитарной самооценки как основы его тревоги вновь оказались в фокусе внимания.

П: Я пробовал сказать вам, что терпимость и всякие прочие такие вещи мне на самом деле не помогают. То, что я вас путаю с кем-то еще, — это не есть нечто настоящее. Для меня это просто распространившаяся фантазия, ничего реального. Реальным было бы, если бы удалось соприкоснуться с внешней действительностью или с вашими мыслями; к этому я мог бы отнестись как к настоящему. Там есть возможность избежать путаницы или выяснить, что на самом деле произошло. Да, в этом отношении мне ужасно любопытно: я хочу знать.

А: Да, мои взгляды, мнения, способ мыслить отличаются от тех, что были присущи вашим родителям. Что-то другое, новое.

Кристиан Y вновь возвращается к трудностям, источником которых является «путаница», то есть перенос. Он очень живо вспоминает одну нашу давнюю встречу, когда он был в ярости, а я ответил раздраженным тоном.

П: Это было огромным разочарованием; я сначала дико разозлился, а потом вы мне снова дали это испытать. На самом деле я до сих пор не понимаю, как связано то, что я путаю вас с кем-то другим, с тем, что исходит от вас, если на вас все это никак не действует. Все же я вижу многие приемы, вами здесь используемые, как нечто вроде плацдарма, с которого вы работаете, — даже если вы как человек очень далеки и ваши действия для меня все еще очень трудно предсказуемы. И мне в действительности наплевать на то, что я

о вас знаю и чего не знаю. Что для меня важно, так это вопрос доверия и способность понимать, что говорится.

А: Да-да, ибо — коротко говоря, я — это я, а вы — это вы; мои цели не обязаны совпадать с вашими.

П: Нужно отыскать что-то общее между нами где-то еще. С тех пор как я стал думать о проблеме поддержки, я пытался заставить вас занять эксцентрическую позицию, чтобы вы перестали быть тем, кого с кем-то путают, — и потому могли бы что-нибудь сказать о том, что я делаю. Тогда я, возможно, смог бы отыскать какое-то подкрепление. Но по неизвестной мне причине вы этого избегали. Когда я говорю о гневе, вы все еще сходны с тем, кому я наступаю на ноги. Я знаю, что эта проблема трудноразрешима, но если бы вы сказали что-нибудь из этой третьей позиции, возможно, если бы мне удалось с этим идентифицироваться, я бы от этого что-то приобрел. Если бы вы говорили от себя, а не в этой отчужденной манере, предоставляя пациенту гадать, каково же, собственно, ваше мнение. Я по-прежнему утверждаю, что вы не выражаете себя в том, что говорите, потому что это всегда соотносится с кругозором пациента.

Я одобрительно отозвался об изобретенной пациентом «эксцентрической позиции», упомянув о ее преимуществах.

А: Она снижает у вас и у меня ту тревогу, которая порождается «путаницей», когда вы боитесь и ожидаете, что я среагирую в точности как ваша мать, отец, учитель или кто-то еще. В вашей жизни постоянно происходили такие повторы, то есть «путаницы».

П: Смотрите, если уйдет тревога, страх наказания и все такое, вопросы, которые останутся, будут касаться последствий наказания.

Комментарий. Это было отсылкой к тем последствиям, которые имела интернализация его опыта в виде жесткого Сверх-Я и социальных страхов — а отсюда трудностей поведения, связанных с фундаментальной утратой чувства безопасности и собственной ценности.

Вопрос теперь состоял в том, может ли эксцентрическая позиция удержать терапевта от эмоциональных реакций, к примеру, на агрессию и оскорбления. Пациент, будучи весьма наблюдательным человеком, за «сидячий» период своего анализа обнаружил на лице аналитика немало знаков, подтверждающих для него злокачественность его агрессии.

А: Эксцентрическая позиция дала мне возможность перенести боль и терпимо отнестись к вашим действиям.

П: Но вы знаете, что у меня не было никаких логически объяснимых причин наступать вам на ноги или причинять вам какую-то боль.

А: Однако и я кое-что вам сделал. Я многое упустил. Я проглядел какие-то возможности, я совершал ошибки. Ваше выздоровление не было оптимальным, и вы все еще не можете делать то, что вам хочется, и чувствовать полное удовлетворение.

П: Это только ошибки, я уже говорил это раньше, и кроме того, вы не можете причинить мне вреда больше, чем я притащил сюда с собой. И я ни на что не жаловался. Проблема только в эксцентрической позиции; я клянусь, что ничего [нелогичного] не приму, это «запускает» целую кучу страхов — потому что я не считаю путаницу чем-то настоящим. Суть в том, что не получается испытать истинное, хорошее чувство по поводу гнева. Тревогу и гнев нельзя уменьшить, а хорошее чувство позволяет легче переносить настоящую тревогу. Это вопрос внутреннего равновесия, и я хочу, чтобы из равновесия родилось хорошее чувство. Хорошее чувство. Вы упомянули о нем однажды, но оно слишком редко всплывает в терапии. С тех пор лишь я один вспоминал о нем.

Пациент критиковал аналитика за отсутствие более явной *эксцентрической позиции*. И за то, что тот вел себя, как будто совершая высший акт самопожертвования, что, однако, давало пациенту возможность испытывать гнев во время сеансов. Вместо этого пациент требовал одобрить его агрессию и сексуальность и прийти к консенсусу с аналитиком на этом уровне. Пациент пришел затем к следующему выводу:

П: Тогда я мог бы идентифицироваться с тем, что вы говорите, но не потому, что вы сами — мой объект, который я ищу. Мне это казалось нечестным.

А: Так я стал объектом «путаницы». Предложив себя в виде объекта из эксцентрической позиции, я не смог в достаточной мере показать вам, что и вы занимаете по отношению к этому видимому объекту эксцентрическую позицию.

П: Да, наверное, можно и так сказать.

А: Мы связаны, и мы определяемся через эксцентрическую позицию, что, возможно, приведет к тому, что вы начнете узнавать это в разных мелочах, почувствуете себя в большей безопасности и ощутите себя самим собой.

П: Вероятно, в той мере, в какой нам удается четко разделить путаницу и реальность.

А: Во всяком случае, сегодня я лучше понял, как важна эксцентрическая позиция для дистанцирования от спутанности, повторений и ошибок и, таким образом, для обретения уверенности и безопасности.

Заявление Кристиана Y

После окончания анализа Кристиан Y любезно предоставил детальный комментарий к отчетам, процитированным в разделах 9.3.2 и 9.3.3. Его поучительные замечания основывались на оригинальных протоколах, в то время еще не снабженных аналитическим комментарием. Оглядываясь назад, он писал:

В начале терапии я приветствовал то, что все эти годы называл путаницей, ибо считал, что это способ функционирования терапии. Лишь значительно позже это приобрело негативный оттенок, относившийся, помимо моей неловкости, еще к тому, как вы с этим обходитесь. К тому времени у меня появилось впечатление, что путаница не происходила сама собой: вы нарочно вызывали ее. Вы говорили об «отношениях». Я всегда твердо отвергал это, так как считаю отношения результатом взаимодействия и, несмотря на все усилия, никак не мог представить себе, чтобы путаница была каким-то образом результатом взаимодействия. Вы по-настоящему смутили меня, когда сказали: «Это тоже настоящее». Для меня путаница кончалась там же, где кушетка. Сначала я принимал фразы вроде: «Почему бы вам не представить себе, что вас все еще любят, когда...», «Вы не можете поверить, что вас тем не менее любят, если...», «Возможно, другой человек не так ограничен, как вы полагаете» — как приглашение думать более «позитивно». Кстати, у меня не было на рациональном уровне такого низкого мнения о моих целях, как диктовал мне мой ранний опыт. В качестве просто соображений ваши утверждения не шли много дальше моих собственных мыслей и не были особенно эффективны. Значит, это не могло послужить доводом. Тогда я придумал сравнение. Я представил себе, что «здоровый» человек, лежащий на кушетке и говорящий о себе, будет «путать» вас «в позитивном ключе». Я также подумал, что образ другого человека, выбор сослагательного наклонения или страдательного залога и пр. должны были помочь мне просто сменить полюса моих негативных фантазий и ожиданий в «путанице» [переносе] и «путать» теперь вас «в позитивном ключе». Символически мне представилось, что для достижения изменений вы хотели сдвинуть экран, на который я проецировал свою путаницу, и этим добиться изменений. То и дело вы говорили о пробах, которые я предпринимал против вас. Я этого так не вижу. Мне кажется, словесные действия, даже сопровождающиеся всеми основными эмоциями, — лишь копии того образа, в который превратил вас пациент. Это даже нельзя назвать пробными действиями. Только по этой причине, когда вы соотносили свои реакции с моими направленными на вас действиями, я всегда относился к этому скептически. Например, мне казалось немного подозрительным то, что, когда я злился, вы хотели внушить мне, будто стерпели мой гнев. У вас была склонность необычно реагировать в тех случаях, когда темой становится любовь и сексуальность в переносе. Я же хочу искренних ответов на искренние вопросы.

Разумеется, эксцентрическую позицию нельзя сдвигать на периферию. Это сделало бы невозможным для аналитика признать человеческие ценности, что является существенной предпосылкой его способности уравновешивать влияние фигур прошлого. Таким образом, речь идет о критической дистанции, которая позволяет возникать новому и предотвращать развитие эмоциональной спутанности объектов до той степени, когда в этой каше растворяются все границы.

9.3.3 Самооценка и поддержка

В психоанализе Кристиана Y аналитик воздерживался от прямой поддержки по двум причинам: во-первых, чтобы не оказывать влияния на пациента; во-вторых, потому, что считал, что его положительное отношение к агрессии и сексуальности пациента было очевидным и не нуждалось в явном упоминании. Однако Кристиан Y убедительно показал, что речь в сослагательном наклонении оставляет слишком многое неясным, отчего у пациента не возникло чувства, что он получил поддержку. Затем пациент стал описывать свои профессиональные успехи.

А: Естественно, я всегда был рад слышать о ваших успехах, но не упоминал об этом в такой форме, чтобы вам сразу стало это ясно.

П: Да, вам не удавалось помочь мне в той мере, в какой вы могли бы это сделать, потому что вы только описывали обстоятельства, предполагая, что моя новая самооценка разовьется совершенно самостоятельно. Но чего стоят мои новые идеи о самом себе, если я не могу их как-то закрепить. [Длительная пауза.] Однажды вы рассказали анекдот о пациенте, который думал, что он — мышь, а в конце концов согласился с психиатром, что был не прав. Но если кошка не знает, что я не мышь, я по-прежнему боюсь кошки. Соль этой шутки ясна: я имею в виду, чего стоит связь между «здесь» и «там»? То, что я называю путаницей [слово, которое Кристиан Y использовал, говоря о переносе], не ограничено этими стенами или людьми больными, это всеобщий принцип жизни. Человек воспринимает свое окружение под определенным углом. [Пациент иллюстрирует этот тезис ассоциацией с фотографиями, запечатлевшими снег самых разнообразных оттенков.] Снег белый, но не всегда. Цвет зависит от освещения. Все, что я переживаю, становится во мне черным, ибо мои родители разрушали все, что я видел. Мне трудно по-новому переживать ситуации без поддержки извне, ведь они организованы в соответствии со старой точкой зрения, и я не могу просто их заменить.

Кристиан Y очень волновался, описывая разноцветье снега, на что я ему и указал.

А: Не вы ли тот фотограф, который с помощью этих фотографий может показать зрителю, что вы лучше знаете, что можете мне показать кое-что еще и что видите вы и точнее, и острее — или, во всяком случае, ваше видение предмета определенно.

П: Нет, я чувствовал неуверенность, я подумал, что это очень глупое сравнение.

Он выводил свой недостаток уверенности из отсутствия положительных образов.

П: Понимаете, мне трудно быть в себе уверенным, потому что у меня нет никаких положительных образов себя. Тот, кто уверен в себе, обладает позитивным образом самого себя, и он простодушен. Оказавшись в ситуации, где он выглядит не так уж хорошо, он все же не теряет связи с положительным образом себя. А я этого просто не могу; эти мысли у меня давно, но я их не упоминал. Когда я встречаюсь с какими-то трудностями, мне требуется громадное умственное усилие, чтобы собраться. [Пауза.]

На предыдущем сеансе Кристиан Y сказал мне о своем решении начать посещать еще один курс профессионального обучения и что у него появилась цель. Обладание целью имело для него огромное значение. Он выразил удовольствие от того, что я открыто одобрил его план, но и разочарование, что я раньше не выказывал явного одобрения его целей.

П: Обычно вы держитесь нейтрально, это меня долгое время злило. Я догадывался, что из научных соображений вы не хотите допускать никаких комментариев.

А: Мне, разумеется, было ясно, что люди, особенно больные люди, нуждаются в целях. Однако я не придавал достаточного значения тому, как важно, чтобы не только пациент был способен выдвигать цели, но и аналитик поддерживал их или своим одобрением помогал пациенту их закрепить. Теперь я вижу эту необходимость. Для меня существенно ясно выражать свои мысли, а вы вольны их игнорировать, если хотите.

П: Это именно то, что я всегда говорил. Иначе свобода превратится в чувство потерянности; это было бы единственным моментом, когда можно было бы наслаждаться свободой. Если честно, я не могу представить себе, каким хотел бы быть. Наоборот, стоит мне об этом подумать, как возникает такая сильная тревога, что я вынужден немедленно остановиться. Я тут ныл годами, я боюсь агрессии и секса и прочего, я боюсь изменений, но кем я хочу быть — этого я тоже не знаю. Нормальный человек ведь становится тем, кем становится, не на основе того, что ему дано, но взаимодействуя со своим окружением, не так ли?

А: Да, именно так.

П: Когда вы ведете себя в нейтральной манере, я еще больше лишаюсь той среды, которой у меня не было в прошлом, во всяком случае такой, какой мне бы хотелось.

А: Несмотря на все трения и агрессию, вам трудно самоопределиться.

П: Я не люблю вспоминать тот период, когда вел себя здесь так агрессивно. Я хочу идти своим путем, хочу впадать в ярость

там, за этими стенами, быть агрессивным — в разумных пределах. Но от вас я ожидаю... я вдруг забыл, что хотел сказать. Я хотел бы поддержки, чтобы быть способным на самовыражение там, вне этой комнаты. [Пауза.] Несколько дней назад кто-то говорил о психоанализе и сказал, что невротики страдают от ограничения способности действовать; но это не мой случай. В моем распоряжении множество реакций. Я страдаю от того, что ни одна из тех, что мне нравятся, не кажется мне правильной или подходящей. А то описание, по-моему, более приложимо к навязчивостям.

Затем вновь зашла речь о фотографии и образах.

А: Вы страстный и очень хороший фотограф; фотография — источник вашей проницательности. Вы очень точный наблюдатель. И все же вы не хотите, чтобы люди сознавали это, вы хотите держаться в тени. Вы так преуспеваете в работе потому, что вы точный и критичный наблюдатель. Но это же — и источник вашего беспокойства: кто-нибудь может заметить, как вы проницательны. Вот почему вам так неприятно вспоминать, как вы были критичны, проницательны и агрессивны по отношению ко мне. Вы не хотите вести себя так неконтролируемо. Это должна быть отлично упакованная, хорошо обоснованная агрессия. Вот почему так важно все прояснить: теперь я могу сказать вам совершенно честно, что ваша критика была отлично сделана. Важно, чтобы она была принята здесь как правдивая и аккуратная и что не существует человека, который не мог бы иногда потерять контроль.

Комментарий. Кристиан Y сделал много прозорливых и точных наблюдений по поводу аналитика, особенно в период, когда по собственному желанию проходил анализ сидя. В это время он замечал огорчение и раздражение на лице аналитика, которые регистрировал как знаки нового отвержения, что не соответствовало декларации одобрения его агрессии, удовольствия от нее (сюжет, составивший впоследствии содержание многих сеансов). Несомненно, смена позиции (на позицию лежа на кушетке. — *Перев.*) и связанные с этим возможности способствовали повышению самооценки пациента.

П: Я вспоминаю это как ужасное время; я проявлял сильную агрессию, и тогда вы делали это свое печальное лицо. Ребенком я не мог смотреть в глаза отцу. Он был пугалом, страшилищем, дети плакали, увидев его. Я тоже его боялся: у него было очень темное лицо, черные волосы и сверкающие зеленые глаза. Он был как ночной кошмар. Я не мог посмотреть ему в глаза. Я и вам не мог смотреть в глаза. Через некоторое время, после того как я отсюда уехал, я смог смот-

реть вам в лицо; но я только как бы смотрел, а на самом деле я вас даже не видел; я боялся вашего лица. Еще одна вещь... Я приписываю вам определенную — главную роль, чтобы ничто извне, никакие старые проблемы не могли меня потревожить. Я не могу больше обсуждать с вами все, что хочу сделать.

А: Как вы справедливо заметили, легче определить, кто ты, когда есть отчетливое различие и нет путаницы.

П: Вы говорите, что очень рады, — это больше, чем я от вас требую. Я никогда не просил чего-то столь выдающегося. Я вполне удовлетворяюсь просто положительным знаком. Я не стремлюсь к чему-то совершенному, выходящему за все пределы, и когда я сказал о дистанции между вами и мною, я не имел в виду, что боюсь близости. Я только против всякого смешения. Я считаю, что идентификации могут возникать и при наличии некоторого расстояния. Это возможно на расстоянии; не обязательно должно быть что-то личное. И когда вы очень рады — я знаю, что радость ваша не показная, — это меня просто трогает. Я всегда подчеркивал, что позиция моей матери оценивалась мной так негативно не изза тех чувств, которыми она меня «затопляла», а потому, что это закрепощало. Поэтому поддержка для меня может быть действенной, не становясь чрезмерной. Несколько недель назад я говорил вам о своей тревоге по поводу того, что вы могли бы мне сказать, — но это лишь моя неуверенность. Когда вы говорите, что рады, это меня трогает, но не вызывает беспокойства.

Комментарий. Их взаимное удовольствие не вытекает из латентной гомосексуальности, что так огорчало пациента в ранней фазе терапии.

Изменение легче достигается при опоре на факты или целенаправленную работу, в то время как межличностные контакты вне терапии более осложнены, так как пациент все еще не чувствует уверенности в том, что его хорошо примут. Кристиан Y описывал это на примере игры в теннис. Когда он выигрывал, он почти просил за это прощения. Страх, что более агрессивный стиль игры вызовет отвержение его со стороны окружающих, заставлял его смягчать удар по мячу. Он справедливо полагал, что его способность к концентрации улучшится, если ему удастся быть более агрессивным. Тревога не позволяла ему претворять намерения в целенаправленные действия.

А: Возможно, вы найдете какое-то удовлетворение в том, что ваши доводы меня убедили, — и в этом отношении вы достигли цели. Конечно, сожалею, что заставил вас идти этим

обходным путем и чинил препятствия. Но кто же радуется собственным ошибкам!

П: Вы знаете, что я не хочу даже думать об этом. Вам положено радоваться, когда мне удается сделать то или другое, но это не означает, что у нас с вами что-то общее, — это слишком напоминает путаницу. И я слишком мало об этом знаю, чтобы утверждать, что вы сделали ошибку или что мы пошли обходным путем. Я просто говорю, что мне что-то не нравится, и я защищаюсь, будучи не в состоянии утверждать, что прав.

Через пару сеансов Кристиан Y описал сон, который точно объяснял его состояние. Ему приснилось, что он летит в самолете и ему удалось преодолеть возникающую тревогу, когда он вспомнил о своей все возрастающей уверенности в обретенной точке опоры. Он уже дал интерпретацию этому сну, которая заключалась в его возросшей уверенности в том, что ему есть на что опереться. Он подвел итог своей идентификации со мной и снова подчеркнул, насколько важно для него то, что я принял позитивную установку по отношению к его сексуальности и агрессии. Он не был бы удовлетворен только условным или молчаливым согласием. Он сказал, что ему требовалось ясное подтверждение. Затем долгое время мы занимались теми трудностями, с которыми он столкнулся при построении своей реальности, связанной с его обретенной уверенностью в себе.

В течение сеанса я интерпретировал его пассивность как попытку утвердить свое Я и защитить его от матери, которая, с одной стороны, демонстрировала истерические взрывы, а с другой — ожидала от своего сына, что он будет следовать четко определенным формам поведения, то есть навязывала ему своего рода «ложное Я». При таком предположении с его стороны казалось весьма логичным отстраниться и приспособиться к ее установкам. В то же время пациент чувствовал, что он на самом деле был совершенно другим, и утверждал, что всегда хотел быть другим по сравнению с тем, каким вынужден был стать.

Пациент все еще испытывал подозрения по поводу моего отношения к его сексуальности. Он снова не мог продолжать говорить потому, что ему было стыдно. Позже ему удалось преодолеть свой стыд, который, очевидно, был связан с его воспоминаниями о предыдущих сеансах.

П: Мне просто хочется, я не могу сказать почему; это странно. Я просто хочу [пауза]... мне нужно развернуться; возможно, я попаду туда, куда хочу попасть, а именно так, чтобы здесь... если я требую этого от вас, то мне нужна поддержка. Это своего рода модель чего-то, что мне требуется там. Я чего-то хочу от других, и это хотение ужасно проблематично для меня, поскольку... дома меня научили, что по возможности ты вообще не должен хотеть чего-либо от других, но должен ис-

пытывать их и влиять на них. И вот именно поэтому мне требуется чья-то поддержка, это для меня крайне сложно.

А: Тогда становится яснее, откуда вдруг взялось это смущение. Это был момент, когда вы настоятельно потребовали от меня, чтобы я обращал на вас особенное внимание. Я удовлетворил ваше желание, ожидание, стремление и настоятельное требование, сказав: «Да, вот что очень важно». Фраза довольно общая, но имелось в виду нечто весьма конкретное. Так что отчасти я удовлетворил ваше желание.

П: Это вызывает у меня тревогу, потому что я...

А: Вы были смущены, поскольку в конце концов смогли получить удовлетворение.

П: Другая мысль мучает меня. Мне хотелось бы обратиться к образу Иакова и ангела, который вы однажды упомянули. В некотором смысле мои идеи слишком незначительны, чтобы получить это благословение.

А: Хм.

П: Не так ли?

А: Хм. [Пауза.] Я полагаю, что вы используете эту идею, чтобы защитить себя от шока освобождения, которое представляет собой благословение.

П: Конечно, и это тоже.

А: Хм.

П: Потому что именно поддержки и не хватало, и у меня создалось впечатление, что вы старались привлечь мое внимание к чему-то другому; в некотором смысле у меня возникло впечатление, что все это не для меня и что я просто должен буду жить с ограничениями. Так же как раньше, когда мне говорили, что я слишком мал для чего бы то ни было.

А: Хм.

П: Я не знаю. В настоящий момент я просто не могу сказать. Я всегда предполагал, что вы обладаете тем, что я ищу, но что-то мешало вам сказать мне, что это такое.

Кристиан Y вспомнил, что он спросил меня о моем отношении к сексу во время самого первого интервью. Я ответил, что *мое* отношение, в сущности, не столь важно, сколько достижение *им* ясности по поводу его собственного. Он принял этот комментарий как отвержение, то есть пережил отсутствие поддержки.

Моя терапевтическая установка в то время была именно такой, какой ее описал пациент. Один из аспектов моего стиля работы состоял в том, что я принципиально давал уклончивые ответы. Лишь последующая коррекция моей установки и техники привела к изменению, на которое пациент ссылался во время этого и других сеансов и которое позволило ему добиваться успеха и в значительной мере освободиться от тревожности как

в семейной, так и в деловой жизни. Весьма вероятно, что анализ принял бы совершенно иное направление, если бы я, оказав *поддержку*, сделал возможной идентификацию во время самых первых сеансов.

В данном случае было бы ошибкой считать, что тогда или впоследствии пациент особенно любопытствовал относительно *моей* сексуальности. В действительности он не так уж интересовался моей личной жизнью, но гораздо больше моей установкой — в той мере, в какой она могла бы помочь ему осуществить позитивную идентификацию с системой ценностей, независимой от его матери. В то же время ему требовалась дистанция. Это предположение является гипотезой, подтвержденной многими высказываниями пациента. В сегодняшнем сеансе, например, пациент упомянул стыд, который он почувствовал от смешений, то есть от своих фантазий в переносе.

Следующая выдержка взята из письменной оценки пациента, упомянутой выше (разд. 9.3.2).

Я начал с простого допущения, которого в принципе придерживаюсь до сих пор. Вы показали мне то, как я принимал установки некоторых людей старше меня, идентифицировался с ними, что было вредным для меня. Сначала я сердился на себя за то, что был так глуп. Я должен добавить, что убежден в том, что стремление соответствовать и идентифицироваться выражено по-разному у разных людей; я считаю себя одним из тех, кто первоначально в большей мере от этого зависит и в большей мере стремится это делать. Такое настроение вскоре изменилось, уступив место некоторой надежде, которая сохраняется и по сей день. Затем я понял, что те черты, которые я перенимал, были большой возможностью идентифицироваться с подходящими ролевыми образцами и добиться определенной самооценки. Я ожидал от вас соответствующей реакции, для появления которой потребовалось много времени. Отсутствие возможностей для идентификации заставило меня назвать мое состояние дефицитом. Именно в этом контексте я обычно говорил о желании быть любимым и о том, что не был любим; то, что я имел в виду, естественно, не было желанием момента, но это было моим старым желанием еще с детства. То, что я не был любим, являлось центральным пунктом при моей идентификации с матерью. Я продолжал описывать этот начальный пункт в связи с моей попыткой найти какой-нибудь выход. Сейчас стало ясно, что мне не нужна «любовь». Проблема заключалась в нахождении «другого решения». Нехватка не может быть восполнена путем простого ее описания. Отделение от образов родителей, освобождение от них ничего не предлагает взамен. Мои цели в жизни весьма разнообразны. Я бы гораздо больше получил, если бы с вашей помощью эти реальные цели приобрели бы большую значимость. Я не понимаю, почему обсуждение моих целей является хоть сколько-нибудь менее важным сейчас и почему то значение, которое я поручаю вам придать им, должно оставить след менее непосредственный, чем «прямое словесное выражение». Интенсивность нисколько не теряется, и в результате интервью оказывается не менее личным. Ваш выбор неограничен; к агрессии и сексуальности можно с легкостью и без особой необходимости прибегать ради заполнения времени, искусственных интерпретаций и неловких промежуточных шагов. Если возможно достичь «соглашения» на этом уровне, то всегда понятно, кто и что имеется в виду. Даваемая мне общая позитивная установка сама по себе не несет никако-

го «мутационного» эффекта. Мне кажется, что вам необходимо занять определенную позицию. Многого от вас не потребуется; мне кажется, что и указания на какую-либо тенденцию будет достаточно, оно полезно само по себе, если выполнены определенные условия. Вы только реагируйте с теплотой, терпимостью и позитивной установкой на наличие сексуальности, агрессии и т.д. в пациенте и, конечно, относитесь с пониманием к тому, что он таков, каков есть. Глубокие изменения в пациенте становятся более реальными, если аналитик, вдобавок к пониманию, может также проявить хотя бы йоту идентификации с пациентом, что, конечно, не должно подавлять самого врача. Старое отброшено, новое занимает его место. Голое сочувствие мне не слишком помогает; вы остаетесь «выключенным». Чуть-чуть «жизни» — вот что является решающим. Освобождение от прежних объектов, таким образом, происходит без особой скорби, поскольку их место не пустует, а приятно заполнено. Даже покидать вас становится легко, когда цель достигнута. Трудности находятся где-то еще. Люди такие, какие есть, не только по своей сути, но и как результат взаимодействия с окружением. Из-за отсутствия опыта я постоянно чувствовал, что недоразвит, уродлив, чахл, и описывал себя этими словами. У меня не было должного взаимодействия с моим окружением. Прогрессировать в терапии особенно трудно, когда у тебя есть «слепые пятна на душе». Тогда непременным условием для аналитика становится то, что он вмешивается и выстраивает особое ощущение, которое, возможно, противоречит традиционному понятию терапии. Я не смог по-настоящему убедить вас в необходимости изменений в этом направлении. С другой стороны, я признаю, что прошел большой путь и, вероятно, немало достиг с вашей помощью. Едва ли стоит упоминать, что я благодарен вам, особенно за вашу гибкость в отношении к этому весьма требовательному и временами очень трудному пациенту.

Комментарий. Мы хотели бы здесь кое-что пояснить, принимая во внимание фундаментальную значимость замечаний Кристиана Y по поводу заключительной фазы его лечения. Нам хотелось бы сослаться на те технические ошибки, на которые он жаловался. Аналитик всегда умел воспользоваться своими ошибками, во всяком случае сумел добиться того, что тяжело больной молодой человек, который был не в состоянии покинуть клинику и был почти парализован как психически, так и физически, смог в процессе лечения приблизиться к своим личным и профессиональным целям. Критика Кристиана Y относится к последней фазе психоанализа, когда пациенты нередко бывают настроены критически. Таким образом, представляется весьма логичным для пациента, который, несмотря на значительное удовлетворение, страдает от дефицита поддержки (парадоксально, но по причине избытка у него материнской любви), прийти к заключению о том, что он сам ощущал свою ущербность. Этот спор вызывает другой, и мы в ближайшее время окажемся втянутыми в весьма далеко идущую дискуссию, которая может быть проведена и обоснована только при условии эмпирического исследования случая, которое принимает форму общего анализа хода лечения и его исхода, такого, какой был проведен Лойцингер-Болебер (Leuzinger-Bohleber, 1988). Так что давайте

теперь вернемся к аналитику и примем его утверждение, что причиной его технических ошибок были не только диагностические недочеты и некоторые аспекты, связанные с его личными особенностями. Вот что он сказал:

Я начал психоанализ Кристиана Y в соответствии с пониманием психоаналитической техники, которой владел в то время, то есть теории и практики переноса, контрпереноса, сопротивления и регресса. Я хотел бы отметить, что многому научился у Кристиана Y и у других пациентов со сходными нарушениями, и полагаю, это имело огромное значение для моего нынешнего понимания психоаналитической техники. Со временем я убедился, что философские и социально-психологические теории о роли поддержки для межличностного формирования самооценки могут способствовать продуктивности психоаналитической техники. Дюсинг (Düsing, 1986) исследовала работы Фихте, Гегеля, Мида и Шютца в отношении этих проблем. Хотя она и не установила никаких связей с теорией психоаналитической техники, из ее исследования становится очевидным, что различные психоаналитические идеи о формировании самооценки и роли поддержки уходят корнями глубоко в историю интеллектуального развития человечества. Это философское знание о человеке сейчас получило эмпирическое подтверждение в существовании интерсубъективности между матерью и ребенком с момента рождения и далее. (Мы указывали на сближение с интеракционистским понятием переноса и контрпереноса в первом томе.)

Конечно, мы не можем просто сделать предметом терапевтических вмешательств, например, известную интерпретацию Гегелем отношений между господином и рабом или его философскую трактовку смертельной борьбы за признание. Мы также не можем просто включить в терапевтическую технику социально-психологическую интерпретацию Мидом той роли, которую значимый другой играет при формировании самооценки (по этому вопросу см.: Cheshire, Thomä, 1987). Существует слишком много способов, при помощи которых люди добиваются признания, которое, в свою очередь, имеет широкий спектр значений. Например, Кристиан Y искал того признания, которое отличалось от признания, опосредуемого взглядом материнских глаз (или глаз аналитика), если использовать метафору Кохута, обозначающую нарциссическое «отзеркаливание». При помощи эксцентрической позиции он хотел как раз противоположного, а именно преодоления смешения с целью обретения себя в своей новой, иной природе. Кристиан Y искал взаимного признания, которое избегается традиционной психоаналитической нейтральностью. Мои позитивные комментарии по поводу критики пациента на заключительной стадии лечения и даже ранее были основаны на убеждении, которое, к счастью, приобрело также и терапевтическую функцию. Диалоги, воспроизведенные здесь, представляют великие моменты в том смысле, что они указывают на нечто выходящее за рамки индивидуального случая и могут помочь разрешить фундаментальные проблемы психоаналитической техники. Гладкое изложение и уровень абстракции не должны отвлекать от того факта, что как эмоционально, так и по сути на карту поставлены очень важные ценности. Кристиан Y смог вербализовать это и при моем согласии определить границы своего мира и своего Я. Это, вероятно, могло бы случиться и гораздо ранее, однако в начале терапии мне еще трудно было понять что к чему.

9.4 Депрессия

Доротея X, 50-летняя пациентка, страдавшая депрессией, сопровождавшейся состояниями тревоги, годами проходила безуспешную фармакотерапию. Ее симптомы возникли в результате переживаний, связанных со смертью мужа, который умер после непродолжительной болезни. У нее развились ипохондрические страхи по поводу того, что она, как и ее муж, тоже умрет от слишком поздно обнаруженной карциномы. Бессознательная идентификация с идеализированным ею покойным мужем и продолжение интериоризированных амбивалентных отношений с ним в форме самообвинений образовали паттерн, типичный для депрессивных реакций. Доротея X жила замкнуто и прячась в буквальном смысле слова — она притворялась, будто у нее очень чувствительные глаза, чтобы оправдать свое ношение солнцезащитных очков и прятание за ними. Хотя она полагала, что ей придется однажды взять на себя заботу о двух внуках из-за хронического заболевания невестки, но вдруг испугалась, что ее собственное заболевание не позволит ей сделать этого. Эта обеспокоенность усилила ее страдания, но вместе с тем заставила почувствовать себя обязанной остаться живой и не позволить мыслям о самоубийстве взять верх.

Психоаналитик как объект переноса

Постепенное преодоление депрессивной идентификации пациентки с ее покойным мужем привело к устранению некоторых симптомов и восстановило ее способность общаться с людьми, и прежде всего со мной как с ее психоаналитиком, то есть объектом ее переноса.

В переносе Доротея X имела тенденцию относиться ко мне по-матерински дружественно. В то же время она идеализировала мою невозмутимость, например когда сказала: «Вы такой спокойный, мне всегда хотелось такой быть». Причина, по которой ее сначала слабый позитивный перенос внезапно изменился, возникла случайно. Во время одного из ее сеансов, проходивших днем, что не было ее привычным временем, она столкнулась с уставшим и изможденным аналитиком. Ее комментарий по поводу моей усталости, которую я не отрицал, усилил ее волнение, вызванное иррациональными страхами. Она подозревала, что причиной моей усталости была серьезная болезнь и что мне нельзя отягощаться еще каким-либо стрессом. Материнское отношение, сначала очень слабое, приняло преувеличенную форму. Ее симптомы исчезли практически полностью, однако это было связано с ее упреком самой себе в том, что она никогда не сможет прекратить лечение, поскольку тогда у нее

не будет возможности постоянно убеждаться в том, что со мной не произошло ничего серьезного. Она чувствовала, что по крайней мере должна быть всегда готова к тому, чтобы дать мне некоторую компенсацию. В то же время она обвиняла себя в том, что обременяет меня, продолжая лечение; она снова сделала себя виноватой в тот самый момент, когда обнаружила в себе старое чувство вины.

Иррациональный страх Доротеи X за меня как за объект переноса облегчил процесс проработки ее бессознательной амбивалентности, которая проистекала из ее убежденности в том, что она была причиной тяжелейшей ипохондрии ее матери. Потеря крови при рождении пациентки чуть не стала причиной гибели ее матери, и в течение многих лет мать на это жаловалась. Эта предыстория должна быть принята во внимание для того, чтобы понять фантазии о смерти и спасении, которые были центральными идеями детства пациентки.

В то время как мы, под защитой позитивного переноса, преуспели в прояснении негативных и агрессивных аспектов ее мыслей и поведения, защитный характер ее идеализаций стал все более очевиден. Стало ясно, что материнская роль, которую она также принимала в отношении своего покойного мужа, зависимого от нее, идеально подходила, чтобы спрятать ее сексуальные потребности и удовлетворить их в виде регрессии. Проявляя материнскую заботу о своем муже, она была тем в семье, кто носил брюки под юбкой, что давало дополнительное удовлетворение. Пациентка также сыграла немалую роль в успешной карьере мужа.

Я искал подходящей возможности, чтобы сфокусировать внимание на человеческой стороне объекта переноса. Но все напрасно. Пациентка, хотя и осознавала интеллектуально, что у меня тоже должны были быть слабости, в реальности не хотела признать этого факта. Налицо была типичная форма взаимодействия между идеализацией и пренебрежительным отношением. С одной стороны, пациентка признавала, что я использовал свое знание с целью достижения блага для нее, а с другой — пренебрежительно относилась к моим замечаниям как форме моего нарциссического самоутверждения. Пациентка вынуждена была прервать эту направленность мысли и оправдать меня, что она и сделала, объяснив это «отсутствие заботы» некоторыми предполагаемыми ужасными переживаниями, которые у меня когда-то были. Однако в течение длительного времени эти пренебрежительные мысли, так же как и ее идеализация, оставались недосягаемыми для интерпретаций.

Деидеализация и восприятие реального человека

Второй поворотный момент в лечении произошел после того, как Доротея X увидела меня мчащимся позади нее на машине. Ее описание обстоятельств, места и времени устранило всякие сомнения по поводу точности ее наблюдений. Однако она попыталась скрыть это знание и избегала проверки своих наблюдений тем, что, когда проходила мимо моей припаркованной машины, закрывала глаза. Очевидно, сверхмощность моей спортивной машины не соответствовала ее образу спокойного и явноединамичного психоаналитика. Ее тщательные наблюдения на улице привели к длительному разрушению ее идеализации. После сильной внутренней борьбы по поводу того, осмелиться ли выяснить наверняка, то есть осмелиться ли посмотреть на машину или нет, Доротея X в конце концов решила устранить все сомнения. Она осознала, что ее аналитик был одним из тех мужчин, которые ведомы иррациональными идеями при выборе машины. Ее попытки найти оправдание и объяснение моему поведению вели лишь к временному облегчению и компромиссу. Аспект реальности, представленный машиной, принимал различные значения: он символизировал все, начиная от силы и динамизма и кончая беззаботностью и бесполезными тратами. В конце концов машина стала реальным сексуальным символом. Возбуждение пациентки возросло до той степени, при которой она осознала свою идеализацию объекта переноса. В объекте переноса она искала не просто удовлетворения своих потребностей, но в значительной мере также удовлетворения самой себя, своего собственного динамизма, который был подавлен ее идеализацией и материнской установкой.

Первая цель моей работы по интерпретации заключалась в том, чтобы показать Доротее X, что она делегировала значимые части себя мне и машине. Возвращение ее жизненной силы первоначально было связано для нее с большим расстройством, потому что в течение ее долгой жизни в браке она должна была научиться контролировать свой темперамент во многих аспектах. Она смогла отвоевать обратно свою энергию и активность и интегрировать их вследствие прогресса, которого достигла при проработке идеи «делегирования». При проработке бессознательных значений ход лечения был несложным.

Оба поворотных пункта терапии были ускорены теми реалистичными наблюдениями, которые Доротея X сделала насчет меня. Мое подтверждение ее наблюдений придало основу и убежденность моим интерпретациям. В первом эпизоде мы проследили источник ее преувеличенной озабоченности моей усталостью и выяснили, что это были агрессивные компоненты переноса. Является спорным, имела ли бы тот же эффект интерпретация

бессознательных фантазий, содержащихся в наблюдениях. Не способствовала бы такая интерпретация возникновению сомнений в способности пациентки к восприятию, словно бы аналитик вовсе не был уставшим и потому был уязвим?

Во втором эпизоде другое реалистическое наблюдение дало ей возможность преодолеть поляризацию идеализации и пренебрежения и привело ее к тому, что она начала одобрять мои, до этого отрицаемые, мужские качества и интегрировала спроецированные части в свою Я-концепцию.

Эпикриз

Примерно через три года после завершения терапии Доротея X написала в приложении к опроснику, разработанному специально для изучения последствий воздействия терапии:

Я ответила на все вопросы сразу же после получения опросника, что для меня было верным признаком того, насколько сильной я еще чувствовала связь с психотерапией и моим психотерапевтом. Чем больше времени проходит с момента окончания последнего сеанса, тем больше пользы я могу извлечь из этого лечения. Например, я только сейчас поняла многие из идей терапевта, относящихся к тому периоду, и то, как с ними обращаться. Я благодарна за каждый сеанс терапии, в котором я научилась жить немного счастливей и с немного более легким сердцем.

Некоторое время перед завершением моего лечения я репетировала, смеясь и плача наедине с собой, то, как поведу себя во время расставания. Эта игра стала настолько невыносимой для меня, что я потребовала, чтобы терапевт объявил последний сеанс как можно скорее. И я ясно поняла, что время настало. Впоследствии я почувствовала себя свободной — не счастливой и не печальной, просто ожидающей. Я продолжала жить как прежде, и у меня было много воображаемых разговоров с моим бывшим терапевтом. Я никогда не думала о возобновлении терапии. Круг замкнулся. Я знала, что это был хороший и продуктивный период для меня. В терапии и от терапевта я научилась тому, как жить лучше и более свободно, и репетировала это. Затем у меня появилась твердая воля и достаточно безопасное ощущение того, что я могу справиться с жизнью вне терапии.

9.5 Нервная анорексия

Реконструкция генезиса

Мы взяли нижеприведенную реконструкцию истоков нервной анорексии из описания случая, уже полностью опубликованного ранее (см.: Thomä, 1967a, 1981). То, что эта реконструкция психогенеза до сих пор сохраняет свою актуальность спустя почти тридцать лет, факт сам по себе нетривиальный; проблемы, поставленные идентификацией и идентичностью при нервной анорексии, которые являются центральным пунктом данной реконструкции, были за это время признаны всеми шко-

лами психотерапии, однако хотелось бы отметить кое-что еще. Мы хотим познакомить читателя с заключительной стадией психоанализа, потому что скрытые признаки, присутствовавшие во время восьмой и девятой стадий лечения, при ретроспективном взгляде оказались очень важными в отношении замещения симптомов.

Симптомы Генриетты X впервые возникли в 16 лет. Ее вес до болезни был 50 — 52 кг, затем он снизился примерно до 40 кг. В начале психоанализа, три года спустя, она весила 46,3 кг. Аменорея и сильный запор присутствовали с самого начала болезни. Во время психоанализа, составлявшего 289 сеансов в течение двух лет, вес пациентки увеличился до 55 кг, одновременно возобновились месячные, до того отсутствовавшие в течение четырех лет, и прошел запор.

Чтобы упростить понимание ряда важных психодинамических процессов, мы при описании данного случая начинаем с ситуации, которая сыграла роль катализатора и была тесно связана с аскетизмом подросткового возраста, как он был описан А.Фрейд (1937).

Генриетта X обычно краснела, когда на нее смотрели молодые люди или когда в школе упоминалось что-либо связанное с любовью. Развивался мучительный синдром эритрофобии. У нее было чувство, что она — глава семьи (см.: Freud, 1916/17, p. 285), до тех пор пока не произошло нечто, что было неподвластно ее контролю. Она заметила, что утреннее голодание помогает ей преодолеть тревожность, вызванную покраснением. Свойство краснеть прекратилось, когда она потеряла вес. В течение курса психоанализа этот процесс был повернут вспять. Восстановление ее способности краснеть сопровождалось старыми конфликтами, которые до этого привели ее к аскетизму, и тем, что она их осознала и смогла большинство из них преодолеть.

Оказалось, что Генриетта X краснела, когда кто-нибудь смотрел на нее как на девушку. В данном резюме внимание сосредоточено на тревожности, которая сопровождала этот непроизвольный акт, и на защитных механизмах ее Я. Важным вопросом является то, почему ее эритрофобия была столь сильна, что вынуждала ее долгие годы ограничивать себя в питании и отвергать свое тело, а также изолироваться от людей. Ниже мы приводим попытку аналитика провести исследование психодинамики этой пациентки.

1. Описание, согласно которому до того, как пациентка начала краснеть, она чувствовала себя хозяйкой дома, соотносится с особенным образом структурированным идеалом Я. Она хотела быть мальчиком и не хотела, чтобы на нее смотрели как на девочку. Это желание быть мальчиком было особенно за-

креплено в ней окружением. Она выросла без отца и была единственным ребенком. Ее вдовствующая мать проецировала на дочь образ своего мужа, и дочь имела очень раннее интеллектуальное развитие, была для своей матери советчиком и партнером. Иными словами, пациентка была вынуждена принять «мужскую» роль. Семейные обстоятельства усилили в пациентке те черты, которые не являются от рождения мужскими или женскими, но которые в западном обществе главным образом демонстрируются мужчинами, — это независимость, твердость и сила. Она задавала тон и привыкла, что ее мать поступала по ее воле. В том, что пациентка упорствовала в своем неправильном толковании «всемогущества идей» (Freud, 1916/17, p. 285), частично виновны были обстоятельства. Пациентка играла также активную роль в своих длительных отношениях с другой девушкой. До тех пор пока она могла играть роль мальчика и преуспевать во всем — была превосходной спортсменкой и хорошо училась, не затрачивая много усилий, — ее идеал Я оставался неповрежденным. Ее внутренний баланс был нарушен, когда она достигла подросткового возраста.

2. В конфликте между *неспособностью* быть мальчиком и *нежеланием* быть девочкой (в соответствии с ее идеалом Я, это к данному моменту было закреплено в ее бессознательном) она восстановила чувство безопасности, приняв асексуальный идеал. Это является примером недифференцированной, примитивной враждебности между Я и либидо, или инстинктивной природой, на которую А.Фрейд ссылалась как на имеющую связь с подростковым аскетизмом. Последствия отвержения данной пациенткой либидозных желаний просматриваются в ее поведенческих изменениях вообще и ее нарушенном питании в частности. Пациентка достигала состояния Я, свободного от тревожности, путем отрицания опасных аспектов внешней реальности и подавления природы своего либидо.
3. Голод стал прототипом потребностей ее тела, аскетизм помог преодолеть тревожность, вызванную интенсивностью ее влечений.
4. При ближайшем рассмотрении я разделил эту тревожность на бессознательные компоненты, подавление которых нарушало и сдерживало поведение и мысли пациентки. Это привело, во-первых, к ограничению способности пациентки входить в межличностные отношения, во-вторых, к нарушению ее способности работать и концентрироваться и, в-третьих, к функциональным нарушениям. Эти следствия были результатом того, что аффективные и интеллектуальные репрезентации ее бессознательных импульсов имели различную судьбу. Вытеснение было застраховано средствами антикатексиса и

изменений ее Я, что можно было определить по ее поведению.

5. Можно различить следующие психогенетические процессы: (а) избегание реального удовлетворения, отдаление влечения от объекта и удовлетворение желаний в фантазиях (мечты о еде). Это уже является попыткой избежать опасности, которая возникнет при условии неограниченного и реального удовлетворения влечений; (б) оказалось, что поведение амазонки вообще и анорексия в частности были результатом отвращения пациентки к глотанию («что-то поступает в меня»), поскольку бессознательно пища связывалась с плодородием. Отлив крови и рвота были связаны с сексуальной защитой; (в) оральное удовлетворение бессознательно связывалось с деструкцией и убийством. Поэтому ее переживания от процесса еды были ограничены или отягощены чувством вины.
6. Ее тревожность по поводу того, что границы могли быть нарушены, указывает на стремление к таким отношениям, которые охватывают всё или превосходят все различия. По причине того, что она испытывала тревожность из-за своей амбивалентности и деструктивного орального требования тотальности/всеобщности, она подавляла это стремление и удовлетворяла его в регрессивной манере. С экономической точки зрения напряжение от пищевого ограничения разряжалось ее потребностью в активности (чрезмерные прогулки). Потребность двигаться и быть активной как бы очищала ее тело и была, таким образом, частью ее защиты.

Биография

Генриетта X выросла без отца и была единственным ребенком. Двое братьев, гораздо старше ее, уже покинули дом, когда она родилась в начале войны, в которой погиб ее отец. Необходимо подчеркнуть, что между нею и ее матерью возникла необычайно сильная связь; мать любила ее больше всего на свете и позволяла ей спать в своей постели, поскольку иначе ребенок беспокоился по ночам. По мнению матери и других членов семьи (далеко живущий дядя, у которого была своя большая семья, принял на себя роль идеализированного отца), Генриетта X была абсолютно нормальным, счастливым, однако зачастую трудным ребенком, который предпочитал игре в куклы уличные игры. Она была умна, отличалась живым воображением. С раннего детства она и Густи были близкими друзьями, и у каждой из них был свой ролевой диапазон. Конечно, Генриетта X была не только более сообразительной, но часто играла активную, «мужскую» роль.

Школа по-прежнему не представляла для нее трудности, и она продолжала быть одной из лучших в классе. Казалось, что все давалось ей легко. Она была превосходной спортсменкой, хорошо играла на пианино, имела способности к языкам. Она была также одним из лидеров среди сверстников в классе, где учились лица обоего пола, и задавала мальчишеский тон. Она обрела полное удовлетворение в своей дружбе с Густи, которая защищала ее от необходимости устанавливать близкий контакт с другими учениками в классе. Ее отношения с другими почти полностью сводились к соревнованиям в спортивном зале. Генриетта X неистово старалась сохранять это положение вещей и ненавидела свои менструации, которые вынуждали ее воздерживаться от спорта на несколько дней.

С теми изменениями, которые произошли в школьный подростковый период, она постепенно утеряла свою лидерскую позицию и изменила свое поведение, став тихой, ранимой и потеряв желание быть на людях. В противоположность тому, что было раньше, когда она любила поесть, как и Густи, ныне она сократила объем принимаемой пищи, и иногда ее тошнило. Ее не подкрепленные тренировкой спортивные данные не позволяли ей больше участвовать в соревнованиях. В возрасте 16 лет она должна была поменять школу и теперь ездила на автобусе, поскольку новая школа была расположена дальше старой. Это означало отделение от Густи. Физические и психопатологические проявления ее заболевания, которые возросли, когда ей было 15 лет, не изменились в течение двух последующих лет в школе, во время которых она обратилась за лечением.

Заключительная стадия терапии

Восьмая стадия лечения: сеансы 215—254

С некоторой озабоченностью, но и с удовольствием комментировала Генриетта X то, что увеличение ее веса, которого она добилась некоторое время назад, сопровождалось изменением в ее ощущении тела; при этом ее мышцы сделались мягче. Ее озабоченность была результатом ее телесных ощущений, таких, как давление на живот, когда она носила узкую юбку или пояс. Мы не смогли понять ряд ее других, своеобразных телесных ощущений, но они показались нам имеющими особое значение для понимания взаимоотношений между функцией и формой, то есть ее нарушенным питанием и образом тела. Примечательно, что многие больные анорексией могут сохранять вес своего тела постоянным в течение многих лет при всего лишь минимальных колебаниях, и это вызывает предположение о том, что принятие

пищи автоматически регулируется бессознательно сигнализируемым восприятием своего тела.

Генриетта X была под одинаковым воздействием как волнения, вынуждающего ее есть, так и ее восприятия формы своего тела. В своих состояниях тревоги она боялась быть подавленной как изнутри, неизвестными инстинктивными опасностями, так и извне. Единение внешнего и внутреннего, происходящее, например, во время процесса питания и полового акта, являлось предметом последующих сновидений.

Во время 237-го сеанса Генриетта X упомянула сон, в котором она сначала искала защиту у матери, а затем лежала в постели со своим аналитиком. В этом сне происходила борьба, было нанесено ранение, которое сопровождалось кровотечением. Важным элементом сна в этом контексте было то, что Генриетта X оказалась задушена тяжелыми балками с потолка комнаты, которые во сне на самом деле были печеньем. В дальнейших снах (240-й сеанс) у нее снова было ощущение того, что она задыхается, и в одном из них у нее случилась менструация. В конце концов, во время 245-го сеанса, ей приснился сон, в котором у нее была частично белая менструация. Во сне кровь ее месячных, включая белые частицы, была перемешана с той пищей, которую она ела. Позднее во сне она лежала под очень красивой девушкой и имела с нею половой акт. У нее не было ощущения пениса, но она чувствовала прекрасное тело девушки и видела ее красивой формы грудь.

Тогда стало понятней, что означала ее фраза «выйти замуж за еду»; Генриетта X иногда говорила так, чтобы описать свое текущее состояние. Ее сон о белых частицах в менструации и смеси менструальной крови с пищей указывал на бессознательную фантазию, связанную с самодостаточностью, партеногенезом и оральным оплодотворением. Аналитик интерпретировал сон на двух уровнях и — если излагать кратко — в контексте психики рассматривал белые частицы в одном случае как сперму, в другом — как молоко. Также стало возможным лучше понять более ранний сон, в котором младенец сосал ее гениталии; она бессознательно приравнивала свои экскременты к пище. Аналитик отметил нарциссическую природу сна, в том смысле, что «я сильна и могу делать все — как порождать, так и жить за счет своего собственного вещества».

Эта самодостаточность указывает, с одной стороны, на тревожность по поводу потери (ничто не должно быть потеряно) и смерти, а с другой — на попытку преодолеть эту тревожность. Если этот процесс не ограничивается уровнем сна, но управляет также и поведением, тогда возникает ситуация, которая, очевидно, является весьма характерной для многих из тех, кто отказывается есть. В результате максимальной изоляции, вызванной

защитными процессами, ничто больше не меняется и пациент, даже доходя до крайности — потери собственной жизни, иллюзорно сохраняет веру в свое бессмертие. Этот парадокс может быть описан следующими фразами: «Я живу за счет моих собственных неистощимых запасов, и поэтому мне не страшны все те опасности обмена, которые неизбежно ведут к смерти. Я возникла из ниоткуда, и поэтому смерть мне не угрожает». Это отрицание позволяет больному анорексией быть свободным от страха смерти. (В бессознательном собственное вещество пациентки идентично таковому ее матери, так что бессознательный симбиоз увековечивается в смерти.)

К счастью, Генриетта X на самом деле в такой самодостаточности не жила, и с помощью других ее снов мы также можем понять, почему она была отброшена назад к ее нарциссической природе. Она должна была избегать опасных отношений, например с печеньем, которое лишало ее самообладания (смещение снизу вверх), и гомосексуальных контактов с сопровождающими их инстинктивными импульсами. Смещение объекта образа сна — например, удушение печеньем — также соответствовало особенному телесному ощущению во время ассоциирования. У Генриетты X было чувство, что ее язык разбух, и у нее вновь возникли признаки удушья, которое она пережила во сне. Аналитик принял набухание языка за символ смещения возбуждения — Генриетта X боялась, что не сможет больше нормально говорить и будет заикаться. Этот страх исчез сразу после того, как аналитик проинтерпретировал смещение как либидозные стремления, связанные со ртом как органом артикуляции; в этом отношении он ссылался в числе прочего на сон, связанный с гомосексуальностью. Пациентка комментировала, что на том этапе она бы прекратила терапию, если бы аналитик был женщиной, поскольку она не смогла бы говорить с женщиной о своей потребности в ласке.

Удивительно, что Генриетта X смогла понять интерпретации аналитика, поместить свои, сначала казавшиеся беспричинными, ощущения тревожности в контекст своих переживаний и интегрировать их. Ее особенно мучила ее агрессия, направленная против матери, которая, с одной стороны, помогла ей избавиться от желания опереться на кого-нибудь, а с другой — была результатом фрустрации. Чувство вины иногда приводило ее к тому, что она становилась беспечной и попадала в очень опасные ситуации во время дорожного движения; с этим был также связан аспект проверки ею своих возможностей.

К ее удивлению, она стала качественно лучше учиться в школе, даже по точным наукам, и, несмотря на то что у нее было мало терпения (правда, работала она всегда очень интенсивно), но все же по сравнению с другими в ее классе она зани-

малась недостаточно много. Ее выбор профессии создал еще больше проблем. Она хотела всегда иметь возможность выбора и, более того, как она в конце концов осознала, она хотела, чтобы профессия заменила ей брак и семью. На сеансе по профессиональной ориентации она была охарактеризована как обладающая интеллектом выше среднего. Нехватку усердия она компенсировала способностью быстро схватывать. Она хотела стать переводчицей, и при ее стойком успехе такой выбор карьеры казался вполне естественным.

Девятая стадия: сеансы 255—289

Генриетта X хотела не прерывать учебу в рождественские каникулы, но вышло по-другому. Впервые она получила удовольствие на вечеринке, которую они организовали вместе с ее подругой Густи. Она расслабилась, хорошо провела время, и у нее не было необходимости контролировать себя. Она пользовалась успехом у мальчиков, которые по-дружески с ней заигрывали. Она не испытывала мучительных импульсов убивать. Однако все же не осмелилась пойти на прогулку одна и иногда испытывала ощущение удушья.

Ее отношение к матери изменилось, и Генриетта X жалела, что внутренне отдалилась от дома. Было также очевидно, что она продолжала бороться с сильной потребностью опереться на кого-нибудь, это имело своеобразное воздействие на ее отношения с детьми. Хотя ей и нравилось играть со своими племянницей и племянником, она страдала от ощущения внутренней несвободы, зажатости и отсутствия реального контакта с детьми. Она сказала: «Сейчас, когда у меня не осталось никаких чувств к матери, у меня в принципе могли бы возникнуть чувства к детям». Единственное желание, которое казалось ей естественным, было иметь однажды с кем-нибудь близкие отношения, но это было несовместимо с противоположной мыслью о ношении, кормлении и воспитании детей. Аналитик основывал свои интерпретации на том предположении, что она не могла иметь каких-либо чувств к детям, потому что в противном случае частично с ними бы идентифицировалась, то есть при идентификации со своим собственным ребенком она бы испытывала инфантильную зависимость. Интерпретации были расширены в отношении вышеуказанного сна о сосании и лизании. Реальная проблема, выраженная в словах как пациентки, так и аналитика, заключалась во взаимном переплетении природы саморепрезентации и репрезентации объекта.

Во время заключительной стадии лечения Генриетте X приснилось, что она задушила своего доктора. Во сне присутствовали разговоры о любви и вожделении. В качестве ассоциации

у нее возникло видение о дьяволе, который поджидал своих жертв, прежде чем с жадностью сожрать их. Она также вспомнила, как ее четырехлетний племянник однажды прошептал ей во время игры: «Я хочу сказать тебе нечто прекрасное: я хочу сделать так, чтобы ты была мертва». Деструктивная сила ее требования любить вынуждала пациентку игнорировать свое желание опереться на кого-нибудь, поскольку в таких обстоятельствах она была бы бессильна перед своими импульсами.

Еще один факт, который заслуживает упоминания, заключался в том, что во время отдыха между 258-м и 259-м сеансами Генриетта Х пошла на танцы и впервые сильно влюбилась. Ее подруга удовлетворенно отметила: «Ты становишься нормальной». Пациентка сдала выпускные экзамены в школе без всякой тревоги или волнения. Она также не пропустила возможности отпраздновать Марди-Гра[1]. Ее первую сильную любовь сменило новое увлечение. Однажды ночью она вдохновилась мыслью об «экзистенциальном» молодом человеке, в котором во многих отношениях усматривала образ себя. Они полночи обсуждали добро и зло, отрицая существование последнего. Они также выразили свое предпочтение высоким аскетическим идеалам и сочли любую форму зависимости от тела негуманной. Эти споры, однако, не были помехой для их бурных ласк. Во время короткого сна, который последовал после, Генриетте Х приснилось, что она лежала в кровати с молодым человеком и прятала его под одеялом от матери. Впоследствии она с трудом засыпала, что было результатом сексуального возбуждения, которое она испытывала каждый вечер. Затем Генриетта Х вспомнила, что привыкла ощущать себя сексуально возбужденной, но отвергала это ощущение и не мастурбировала.

Переживания пациентки во время праздника вызвали сон, который вскрыл важный источник ее чувства неполноценности как женщины. Генриетте Х приснилось, что из ее наполненных и вспухших грудей вылетело огромное количество маленьких черных жуков. Этот сон был вызван ощущением сексуального возбуждения молодого человека, когда она с ним танцевала; оно автоматически представилось пациентке в виде отождествления груди и пениса. Черные жуки символизировали сперму, делая ее чем-то омерзительным. Пациентка пришла к такой интерпретации практически самостоятельно, в значительной мере по причине того, что к тому моменту ей стало ясно, что она считала себя навсегда потерянной для роли матери: груди порождали, а не питали.

---

[1] Праздник, отмечаемый во вторник масленичной недели. — *Ред.*

В связи с трудностями при засыпании, возобновившимися на заключительной фазе лечения, пациентка была очень расстроена. Ранее она бы прибегла к фантазии, что всегда срабатывало, но в тот момент это было бы неэффективным. Это была идея о падении в глубокий колодец. Объяснение ее трудностей заключалось в том, что она переживала это «падение» в сон как нечто, что было сильнее ее, и как регрессирование в безопасность, которой она так желала. Весьма характерным было то, что пациентка стала бояться заснуть во время сеанса. Сон, в котором пациентка упала, парализованная отравленным выстрелом из пистолета, сделанным мужчиной, показал, что установка заснуть была нарушена путем бессознательного соединения, и это было агрессивным и опасным действием. Длительная проработка вызвала значительное ослабление этих симптомов.

Лечение Генриетты X подошло к концу после того, как она закончила школу и ее состояние нормализовалось. У нее были регулярные менструации, вес стал 55 кг, и запор практически прошел. В целом она развивалась позитивно. Однако в отношении ее симптомов следует добавить, что пациентка все же не чувствовала полной раскованности во время еды, и последний кусок пищи доставлял ей особенное удовольствие.

Аналитик к тому времени почувствовал оправданным предоставить все остальное vis medicatrix naturae, целительной силе природы, и прекратить лечение. Пациентка хотела продолжать свое образование в другом городе. Они договорились только насчет дополнительных 15 сеансов, которые предполагалось провести несколькими месяцами позже. В целом же развитие пациентки шло позитивно.

Проблема замены симптомов

Почти тридцать лет прошло с момента окончания психоанализа Генриетты X, который выявил много нового относительно патогенеза нервной анорексии. Ее лечение вызвало длительные изменения. Вполне оправданно говорить об излечении, потому что после завершения терапии Генриетта X имела весьма удачную и наполненную жизнь, как личную, так и профессиональную, и потому что у нее не осталось никаких симптомов нервной анорексии. После получения диплома в колледже и начала профессиональной деятельности, которая предполагала проведение некоторого времени за границей, Генриетта X вышла замуж за человека, с которым жила до этого в течение длительного времени.

Около двадцати лет назад у нее возник беспокоящий симптом, который заставил ее еще раз проконсультироваться со своим аналитиком. Она подавила в себе сильное желание иметь де-

тей, разделяемое и ее мужем, из-за своей невротической тревоги по поводу того, что с ее беспомощными детьми может что-то случиться или она сама может что-нибудь с ними сделать. Пациентка, сохранившая яркую память об аналитике, связала этот симптом с тем фактом, что во время ее психоанализа она слишком резко была отделена от матери. Хотя она была полностью счастлива с мужем и благодарна психоанализу за свою способность иметь гетеросексуальные отношения вообще, что было одним из многих позитивных изменений, произошедших с ней, она все же критиковала интенсивность лечения и слишком далеко идущие изменения, в частности имея в виду резкий разрыв ее близких отношений с матерью. Она также жаловалась по поводу еще одного ограничения ее активной жизни — легкой фобии полета, которую она связала с изменениями, вызванными лечением. Чтобы лететь одной, ей требовалось преодолевать тревогу. В этом она также винила аналитика, поскольку он был одной из причин осознания ею своей зависимости и вытекавшей из этого осознания потери чувства собственной безопасности, связанной с болезнью.

Признавая ее жалобы и соотнося их как с уровнем отношений, так и с уровнем переноса, аналитик сделал возможным для пациентки пройти интенсивную фокальную терапию, которая по внешним причинам состояла из многочисленных сеансов в короткий период времени. При анализе переноса одаренная богатым воображением пациентка смогла заново пережить свои крайне агрессивные чувства к матери и критически их проанализировать. Поскольку эти агрессивные чувства проявлялись в отношениях, которые она бессознательно переживала как отчетливо симбиотические, то, думая о матери, пациентка не могла быть уверенной, что она не имела в виду себя и детей, которых могла бы иметь. Она тревожилась за детей, поскольку проблема симбиотических отношений могла повториться и с ними. Аналитику было несложно сделать ее тревожность по поводу полетов единственным фокусом лечения, особенно потому, что аспект переноса был весьма очевиден. Она не могла выносить вида пустого пространства без чувства тревоги, поскольку все еще должна была платить по старому счету; очень сильное доверие к кому-то также означает зависимость и связанное с этим разочарование. Широкие пространства представляли собой объект переноса, и его надежность была поставлена под сомнение ее собственной бессознательной агрессией.

Стремление пациентки иметь всезнающую и всесильную мать не могло не привести к разочарованию и агрессии, которые подорвали то чувство безопасности, которое она искала. В конце концов именно посредством бессознательного процесса симптом вызвал тревожность, что при таких симптомах случает-

ся довольно часто; этот процесс сопровождался «внешней» поддержкой, которая сделала его устойчивым. В результате интенсивности переживаний пациентки при переносе и инсайта симптомы исчезли.

Сейчас Генриетта X — мать нескольких детей; она неоднократно писала аналитику о своей семье.

Около десяти лет назад, в ходе проделанного аналитиком исследования отдаленных последствий заболевания, было проведено несколько интервью. Они помогли пациентке справиться с временной стрессовой ситуацией. У нее были очень близкие отношения с детьми, и поэтому ей трудно было смириться с их стремлением к самостоятельности в переходном к подростковому и подростковом возрасте.

Вопрос замещения симптомов возникает в связи с вышеупомянутой фобической симптоматикой, проявившейся примерно через двадцать лет после прекращения терапии Генриетты X. Препятствующий блок заключается в вышеупомянутом замечании, возможно тематически связанном с последним симптомом пациентки. В то время когда пациентка это сказала, она, может, и имела какие-то чувства к детям, при том что к матери уже ничего не испытывала, но вынашивание, кормление и воспитание были для нее невозможны. Основываясь на нашем знании того, что произошло потом, мы сейчас можем утверждать, что сохранилась бессознательная констелляция, которая позже вызвала тематически связанный с нею симптом.

Подобные наблюдения способствовали созданию теории замены и смещения симптомов, которые Фрейд (Freud, 1937c) обсуждал в своей последней работе «Анализ конечный и бесконечный». Вопрос изменения симптомов связан с противоречием между психодинамическими школами и бихевиоральной терапией (Perrez, Otto, 1978). На этом этапе в отношении течения заболевания Генриетты X уместно сделать несколько комментариев. Учет действия так называемых неспецифических факторов в психотерапии неизбежно заставляет подвергнуть сомнению гипотезу о том, что лечение может быть эффективным на одном лишь симптоматическом уровне, потому что мотивация, вызванная симптомом по принципу самоподкрепления, остается связанной с ранними патогенетическими условиями. Поэтому эти условия могут так или иначе быть подвергнуты воздействию даже того типа лечения, который пытается устранить симптомы, а не их причину. Практика психоанализа игнорировала то измерение, которое состоит из хода и вторичной выгоды заболевания вместе с его влиянием на лежащее в основе заболевания первичное состояние. Не только в отношении невроза переноса заболевание «не является чем-то, что закруглилось и отвердело, но оно все еще растет и развивается как живой организм»

(Freud, 1916/17, p.144). Основываясь на психоаналитической теории, можно ожидать замещения симптома, только если важные условия его источника не могут быть преодолены психотерапией и продолжают оказывать давление. В случае Генриетты X сохранилась бессознательная конфигурация, возрождение которой было ускорено особой ситуацией, которая снова была активизирована. Скрытое состояние стало явным, чему способствовал тематически связанный с этим фактор.

Поскольку все невротические симптомы являются четко определенными, часто бывает достаточно устранить одно из нескольких условий. Проблема изменения симптома, таким образом, приравнивается к вопросу о том, является ли эмпирически возможным предсказать условия, при которых конфигурация переходит от латентного к активному состоянию, или определить, когда в действительности нарушаются соответствующие звенья в цепи состояний.

Весьма существенные трудности, связанные с конкретизацией связей между скрытой предрасположенностью и вероятными будущими условиями ее проявления, вели к поискам на самом деле утопического решения, а именно разрушения всех патогенетических констелляций, которые могли бы активизироваться в будущем. Хотя Фрейд (Freud, 1937c) и продемонстрировал, что стремиться к такой цели можно бесконечно, все же эти утопии очень привлекательны. Идея Поля Эрлиха о том, что однажды возникнет therapia magna sterilisans, то есть химиотерапия, способная излечивать все инфекционные заболевания единой дозой, соответствует утопии разрешения предрасположенности к психопатологическим реакциям посредством бесконечного анализа.

Сейчас нам бы хотелось вернуться к вопросу о том, могла ли *семейная констелляция* способствовать возникновению у Генриетты X нервной анорексии. Эта дискуссия будет иллюстративна по своей природе, что даст основу для различных практических приложений.

Сейчас мы подытожим некоторые из особенностей семьи Генриетты X, которые воздействовали на формирование ее внутреннего мира. Выше мы упомянули, что в определенном смысле Генриетта X в отношении матери заняла место своего отца. Это привело к очень тесной связи между матерью и ребенком, при которой мать смогла найти в обществе своей дочери спасение от одиночества, что должно было дать Генриетте X чувство собственной важности. В литературе по семейной динамике для описания ситуации, в которой ребенок принимает на себя такую родительскую роль, используется термин «парентификация» (Boszormenyi-Nagy, 1965). Это своего рода обмен ролями, при котором отец или мать направляют те желания, кото-

рые не были удовлетворены в их отношениях с родителями или партнером, на ребенка. Они требуют слишком много от «парентифицированного» ребенка, преждевременно заставляя его принять роль взрослого. Генриетта X заменила своего отца. Мы описали те сложности, с которыми она столкнулась при попытке обрести свою половую идентичность.

Когда Генриетта X почувствовала желание иметь детей, она испытала невротическую тревогу, корни которой уходили в ее симбиоз. Впоследствии она реально ощутила, каким тяжелым было для нее отдаление детей. Терапевтическая работа при таком положении дел была направлена на устранение парентификации ее собственных детей. В своих близких отношениях с детьми она попыталась удовлетворить желание своего детства опереться на кого-нибудь, желание, которое она была не в состоянии удовлетворить в отношениях со своей матерью. Этому мешало ее стремление к самостоятельности и слишком скорое развитие.

По мере того как психоанализ помогал Генриетте X отделиться от матери и осознать свое стремление к независимости, пациентка становилась все более беспечной во время уличного движения из-за чувства вины, вызванного в ней агрессией, — и обеспокоенная мать Генриетты X обратилась к аналитику. Она боялась, что дочь что-нибудь с собой сделает. Выражаясь в терминах семейной динамики, можно сказать, что терапевту была предписана роль отца, и это дало пациентке осязаемое облегчение. Генриетта X смогла переносить беспокойство по поводу матери на терапевта. В то же время аналитик и ее мать смогли выяснить то, как Генриетта X бессознательно пыталась обеспечить себе внимание матери, чтобы держать под контролем свое сильное желание автономии.

Семейную динамику необходимо учитывать особенно в том случае, когда циркулярный процесс не может быть остановлен изменением, произошедшим в пациенте. Однако мы не разделяем мнения Петцольда (Petzold, 1979) о том, что нервная анорексия является симптомом семейного невроза. Предположение о существовании патологических констелляций в семье, которые являются специфичными для нервной анорексии, других психосоматических заболеваний, шизофрении и циклотимии, может оказаться столь же иллюзорным, как и предположение о специфических причинах психосоматических заболеваний (см. разд. 9.7). Неблагоприятные последствия такого ложного суждения стали хорошо известны после изобретения «шизофреногенной» матери. Более того, в переживаниях индивида представление о причине легко связываемо с чувством вины или по крайней мере ответственности, которые препятствуют любой попытке задействовать членов семьи в терапии, потому что они

чувствуют себя неверно понятыми и, бывает, полностью отстраняются.

Изучение семейного диагноза еще находится в зачаточном состоянии. Исследование типологии психосоматических, шизофренических и маниакально-депрессивных семей (Wirsching, Stierlin, 1982; Stierlin, 1975; Stierlin et al., 1986) загружено таким большим количеством методологических ошибок, что любое утверждение каузальных отношений является сомнительным. Андерсон (Anderson, 1986), например, обсуждал такие методологические проблемы в отношении модели «игр психотической семьи», разработанной Палаццоли Селвини (Palazzoli Selvini, 1986). Мы полагаем, что требуется постановка более скромной цели, в частности из соображений теоретического правдоподобия; такая цель в случае семейного кризиса возникает под влиянием любого хронического заболевания, которое необходимо отметить и внести в терапевтическую схему. Хотя семья Генриетты X должна рассматриваться как неполная по причине смерти отца, она все же ясно демонстрирует ту «спутанность» между матерью и ребенком, которую описал Минухин (Minuchin, 1977). Это слово означает крайне близкую и интенсивную форму взаимодействия. Другие описания «типичных семей больных анорексией» (Sperling, Massing, 1972) тоже указывают на специфические структурные особенности в семейных отношениях, которые проявляются как типические. Здесь имеются в виду паттерны взаимодействия, которые идентифицируются *после* проявления болезни. Подход семейной терапии составляет дополнение к индивидуальному лечению, если он дает пациенту свободу покинуть дом и достигнуть необходимой автономии (Gurman et al., 1986).

Неправильно действовать так, будто ребенок не имеет врожденной предрасположенности, пространства для индивидуальной свободы и решений или способности к активному участию. Несмотря на зависимость ребенка, он не просто пассивно реагирует на окружение, но играет активную роль в его построении. Это особенно верно в отношении больных анорексией подростков, которые воистину имеют свой собственный склад.

9.6 Нейродермит

К тому времени, когда пациент обращается к психотерапевту, весь репертуар самых различных типов соматического лечения обычно уже перепробован. Этот факт, а также изучение изменений в ходе аналитического процесса облегчают *сравнение случая с ним самим*, что позволяет провести более корректную оценку терапевтической эффективности новых психотерапевти-

ческих процедур. Это дает основание для изучения отдельного случая, когда можно считать психоаналитическую терапию единственным новым фактором, а все остальные — в особенности условия жизни пациента — неизменными. Это — плодотворное приложение классического дифференциального метода Дж.С.Милля в клинических исследованиях (см.: Eimer, 1987).

Необходимо прежде всего назвать несколько критериев, которые должны быть приняты во внимание в исследованиях отдельных случаев такого рода. Сравнение случая с ним самим — наиболее существенная база исследований терапии (Martini, 1953; Schaumburg et al., 1974). В идеале терапевтическое вмешательство, производимое с целью максимально эффективного устранения симптомов и патогенных факторов, должно зависеть от этиологических гипотез. Таким образом, важно наблюдать случай в течение длительного времени и отмечать изменения симптоматики как показатели предполагаемых структурных изменений (Edelson, 1985; Wallerstein, 1986).

При оценке терапевтической эффективности психоанализа в представляемом здесь случае пациента с нейродермитом необходимо выделить три фазы:

1. К началу аналитического лечения пациент страдал этим заболеванием в течение восьми лет. В этот период он регулярно лечился у дерматолога и часто не мог работать. Четырежды за это время его болезнь настолько ухудшалась, что приводила к госпитализации (общая длительность стационарного лечения около шести месяцев).
2. Внешние условия жизни пациента не изменились за два с половиной года анализа. Местная дерматологическая терапия продолжалась как обычно. Новый подход состоял лишь в специфическом «влиянии» психоанализа, что давало возможность соотносить изменения, улучшения и ухудшения симптоматики с психическими процессами. Не внешние обстоятельства, но отношение пациента к жизни претерпело существенные изменения. Поскольку все остальные условия оставались теми же, именно изменения, привнесенные средствами анализа, можно считать причиной устойчивого улучшения состояния и выздоровления пациента.
3. Этот тезис нашел подтверждение в материалах катамнеза: пациент оставался здоров на протяжении почти тридцати лет после аналитического лечения. Иногда у него возникали небольшие кожные покраснения, не требовавшие вмешательства дерматолога.

Отрывки из истории болезни

В течение многих лет состояние кожи Бернарда Y, которое он называл хронической экземой, было объектом внимания врачей, диагностировавших его по-разному, в том числе как себорейный дерматит и атонический нейродермит. Пациент не рассказывал врачам о своей импотенции и навязчивых мыслях. В клинических записях не отражались также события, предшествовавшие приступам болезни. Лишь через десять лет лечения пациент встретился с дерматологом, заподозрившим психический фактор заболевания и посоветовавшим прибегнуть к психотерапии.

Течение болезни

Имеет смысл упомянуть, что, хотя пациент страдал от шершавости и растрескиваемости кожи с детства, а трещина у губ держалась с 10 до 17 лет, эти симптомы исчезли после первой разлуки с домом, когда он служил солдатом. (Его родители и братья здоровы, болезни кожи и генетическая предрасположенность в семье отсутствуют.)

В возрасте 20 лет Бернард Y заболел (рвота, утрата аппетита). Как только болезнь прошла, у пациента тут же возникло зудящее кожное воспаление, распространившееся на руки, грудь и спину. Пациент был неспособен работать, его состояние привело к первой госпитализации в сентябре 1948 года. Был поставлен диагноз себорейного дерматита, анализы показали, что причиной возникновения болезни послужила сверхчувствительность к определенному виду мыла. Местная терапия и радиотерапия улучшили состояние настолько, что пациента можно было выписать. После этого Бернард Y страдал нейродермитом; серьезные поражения кожи вынуждали его ложиться в больницу на несколько недель в 1950, 1951 и 1956 годах. Во время госпитализаций проводились детальные аллерготесты, выявившие сверхчувствительность к яйцам. Пациент уже догадывался о ней и раньше, основываясь на необычных ощущениях во рту.

Биография

Бернард Y воспитывался в строгих правилах католичества в маленьком городке, где посещал среднюю школу с 1934 по 1941 год и был отличным учеником. Свою первую специальность пекаря он оставил, так как работа показалась ему слишком напряженной. До 1943 года он посещал профессиональную школу, после чего стал учеником в коммерческой фирме, где и проработал до последнего времени с небольшим перерывом после войны. Пациент всегда отличался исключительной добросовестностью; его мать внушила ему весьма жесткий моральный кодекс. Сколько он себя помнил, в особенности в подростковом

возрасте, он был застенчив и сдержан и страдал от сильного чувства вины. Его долгая дружба с будущей женой пришлась в основном на период болезни, что еще больше способствовало его изоляции. Под влиянием моральных принципов своей матери и ее предупреждений о возможных последствиях интимных контактов пациент был нерешителен и боязлив в отношениях с подругой в физическом плане, да и во всем остальном. Из-за своей кожной болезни он откладывал половую близость на неопределенное время и подумывал о том, чтобы никогда не жениться. Его беспокоило также и то, что кожная болезнь может передаваться по наследству. Он сопротивлялся женитьбе до последнего момента, пока будущая жена не уверила его, что она и сама совершенно не хочет иметь детей.

Несмотря на то что пациент часто отсутствовал на работе по болезни и был вынужден из-за экземы ограничивать контакты с посетителями и вообще с людьми, его ценили как надежного и потому ценного работника.

Ситуация до болезни

Последнему случаю обострения симптоматики предшествовал конфликт на работе. Начальник пациента, человек строгий и малодоступный, всегда оставлял подчиненных в неведении о таких вещах, как, например, планирующееся повышение зарплаты. Стало известно о введении ее новой шкалы, однако пациенту не сообщили, на какую прибавку он может рассчитывать. Однажды после работы он попытался найти соответствующий документ на столе у шефа — тот застиг его врасплох за этим занятием. Пациент тут же придумал подходящее, отчасти даже правдивое объяснение своему поведению: он будто искал письмо, которое следовало отправить. С этого дня пациент в течение нескольких недель не мог работать: он утратил аппетит, его мучила рвота, а впоследствии он был снедаем сомнениями в том, что шеф когда-либо снова сможет ему доверять. В конце концов пациент объяснился с шефом, но восстановления прежних отношений не вышло. Пациент счел, что его незаживающие раны — наказание за любопытство. До этого случая он был способен поддерживать социальные контакты, несмотря на ограничения и внутреннюю тревогу; теперь же вторичным последствием его болезни стала полная изоляция. Пациент стал обдумывать возможность получить пенсию по инвалидности.

Начало лечения

На начальной стадии лечения пациент был необыкновенно «зажатым», словно десять лет болезни и соматического лечения превратили его в *алекситимика*. Если терапия не потерпела не-

медленного крушения, разбившись о начальное сопротивление (см. описание подобного случая: V.von Weizsäcker, 1959), то лишь потому, что, несмотря на свой скептицизм, пациент все же искал помощи в своих затруднениях и доверял как психоанализу, так и мне лично — признак, прогностически благоприятный.

Терапевтическая техника аналитика в начале этой терапии была отчетливо недирективной. Он косвенным образом поощрял пациента, облегчая тем самым появление сновидений и ассоциаций, возникновение саморефлексии. Стиль протоколов, диктуемых после каждого сеанса, отражает эту недирективность: в протоколах почти исключительно комментируются собственные мысли пациента. Ссылки на чувства, возникающие в контрпереносе, размышления аналитика, его интерпретации редки. Такой тип лечения и составления протоколов оказались неадекватными исходя как из клинических, так и научных соображений. С течением времени они претерпели существенные изменения (см.: Thomä, 1967b, 1976; Kächele et al., 1973). Не имея возможности остановиться здесь на всех многочисленных сознательных и бессознательных причинах выбора этой терапевтической техники, мы хотели бы все же обратиться к некоторым моментам, важным для понимания приводящихся фрагментов работы с этим пациентом. Помимо собственной неуверенности психотерапевта, важно учесть его беспокойство по поводу возможного «суггестивного» воздействия его интерпретаций на пациента. Аналитик был тогда все еще занят исследованием различий между формами суггестии в рамках психотерапевтических и аналитических техник (см.: Thomä, 1977).

Длительная первая фаза терапии послужила созданию жизнеспособного рабочего альянса, который пациентом из-за его сильной амбивалентности и глубоко укоренившегося страха наказания переживался как угрожающий (опасный). «Разгул» симптоматики не позволял ему работать, семейный врач около двух месяцев продлевал освобождение от работы. Проверяя надежность аналитика, его толерантность к критике и агрессии, пациент пересказывал ему критические оценки психоанализа, которые слышал от врачей и гомеопатов. Его попытки найти убежище дома в своей неспособности работать не дали, однако, желаемого результата. Он избежал интенсивного стресса на работе, но лишь для того, чтобы «обменять» его на растущее напряжение в браке, которого тоже попытался избежать, еще больше погрузившись в аутоэротическое и саморазрушительное внимание к собственной коже. Начальный, казалось бы банальный, конфликт благодаря дополняющим комментариям и поправкам пациента приобрел глубину, позволившую лучше понять стрессовые ситуации на работе. Там пациент, как выяснилось, был

всегда переполнен страхом, что его клептоманиакальные кражи мелких денежных сумм однажды будут раскрыты, — и этот страх усиливал его невротическую тревогу.

В первом рассказанном пациентом сне на него возлагалась ответственность за потерю ключа. Лишь через длительное время он смог заговорить о своих кражах и импотенции, ни то ни другое он не упомянул при начале анализа. Выяснилось, что, в противоположность его изначальному утверждению, отнюдь не его кожное заболевание было причиной откладывания женитьбы и сомнений в том, что ему вообще стоит когда-либо вступать в брак. После длительных колебаний он наконец заговорил о своих сексуальных проблемах, о которых не рассказывал другим врачам. Как уже упоминалось, он не решался на брак, пока будущая жена не заверила его в собственном нежелании иметь детей, так как боялась, что из-за узкого таза ей, как и ее двум сестрам, придется делать кесарево сечение. В результате они договорились о чем-то вроде платонического брака. Он боялся, что нанес себе мастурбацией повреждения, приведшие к импотенции и бесплодию. Его жена в свою очередь жаловалась на боль, и потому также они не могли иметь половых сношений. После того как пациент научился осознавать свое намеренное избегание сексуальных контактов с женой, он стал испытывать стыдливость, страх и отвращение при взгляде на гениталии жены — параллельно с чувством вины и тревогой из-за собственной агрессии.

Вообще же было очевидно, что пациент страдал навязчивыми ипохондрическими идеями о физических дефектах и в своей регрессивной попытке гиперкомпенсации этих дефектов прибегал к магическим средствам.

Первоначальное ухудшение симптоматики можно связать с его удручающими признаниями в анализе. Даже до лечения пациент уверился, что изменение его симптомов имеет мало общего с соматической терапией и значительно более соотносимо с тем, насколько его «оставили в покое». Ему казалось, что, если бы только он был холост и избавлен от напряжения в отношениях с женой, он обрел бы этот мир и покой дома, рано выйдя на пенсию.

Его жестокий невроз сопровождался фантазиями, в которых он совершал половой акт с женщиной намного старше его. В течение длительного времени его ассоциации были слишком скудными, чтобы прояснить эдиповы корни как его внутренних запретов, так и замещенных желаний. В немногих снах, из которых он вспоминал лишь отдельные фрагменты, он видел себя, например, идущим держась за руки с незнакомой женщиной. В действительности, идя по улице, он был всецело захвачен навязчивыми мыслями, особенно — компульсивным подсчетом проез-

жающих легковых автомобилей и грузовиков. Каждый раз, выходя на улицу, пациент решал, какие машины он сегодня подсчитывает и как будет оцениваться результат. С помощью искусных манипуляций ему почти всегда удавалось выйти на благоприятное число, даже если он перед тем загадал другое; к примеру, если он решил, что нечетное число машин говорит о быстром излечении от кожного заболевания, то манипулировал числами до тех пор, пока не получал желаемого результата. Обычно он загадывал число на быстрое излечение экземы или на финансовый выигрыш, например на размер будущей пенсии, неожиданный доход и т.д. Магическая игра с числами вызвала мечты о финансовых успехах — тогда он жил бы миллионером и жена бы его баловала. Пока была жива его мать, он получал вторичный выигрыш от своей болезни, освобождаясь от домашней работы и получая преимущество над братьями и отцом, одновременно привлекая к себе их внимание.

Уход за кожей как регресс

Пациент ежедневно проводил по нескольку часов ухаживая за кожей; в это время его нельзя было беспокоить. Хотя он и не говорил об этом жене, его раздражало, если в эти моменты она входила в ванную. Это раздражение смещалось тогда на какой-то другой объект — например, критическое замечание могло относиться к тому, что его рубашка не выглажена.

Аналитические сеансы также заполнялись весьма монотонными и повторяющимися описаниями состояния его кожи. Пациент приобрел богатый лексикон, позволявший ему детально описывать различные ее свойства. Он отмечал незначительные отличия — его кожа то оказывалась чуть розовее, то несколько больше шелушилась или трескалась, — вряд ли заметные даже специалисту.

Он отстранялся от жены, отступая, по его собственным словам, назад к своей коже. Его симптомы были одним из аспектов межличностных трений, проявлявшихся разными способами на разных уровнях. Он говорил о своей «дикой идее», что, возможно, жена и была причиной его болезни — серьезные ее проявления практически не исчезали с тех пор, как он женился. В то же время иногда, например в отпуске, он обращал внимание на резкое улучшение состояния своей кожи — вплоть до того дня, когда приезжала жена. Ему приходило в голову, когда он думал о ее вагинальной секреции, что, может, она выделяет нечто ядовитое или вызывающее прыщи. В целом кожа была объектом всех его настроений; это был, можно сказать, избранный орган. Когда он злился, он расчесывал кожу — и все же, с другой стороны, ухаживал за ней как за любимым объектом.

Эти замечания указывают на регрессию к телесному Я. Сосредоточение на этой теме произошло в данном случае автоматически в связи с важной для терапии темой неразличения субъекта и объекта, характерного для пациента. Его самонаблюдение прояснило тот факт, что как улучшения, так и ухудшения состояния кожи были тесно связаны с почти рефлекторными потираниями и расчесываниями, которых пациент не замечал и которые стали обязательным элементом многочасового ухода за кожей. Анализ его поведения в ванной, особенно по вечерам, был в фокусе всей терапии.

Описание этого случая может быть организовано вокруг тех вопросов, которые пациент бессознательно обходил: почему он должен был избегать сексуального удовлетворения и становиться импотентом и чего он искал в аутоэротическом отстранении. Постепенно пациент осознал, что его поведение наносит вред его коже, — и все же был бессилен прервать этот порочный круг. И теоретически, и технически представляется неадекватным рассматривать расчесывание кожи как аутоагрессию. Шур (Shur, 1974; см.: Thomä, 1981, p. 421) это особенно подчеркивал, указывая, что таким способом пациент ищет в самом себе неосознаваемые объекты, с которыми поддерживает связь. При регрессии такого рода самоподкрепляющее циркулярное поведение усиливает первичные идентификации и ослабляет границы между субъектом и объектом. В процессе проработки в анализе данного пациента его кожа приобретала много объектных качеств или, более точно, их репрезентаций (включая и репрезентацию отношений переноса). Поскольку в сознательном восприятии эти бессознательные объекты были греховны и вызывали сильнейшую тревогу, пациент достигал большего самоконтроля посредством отчуждения, то есть любя и ненавидя объект через тело, в то же время избегая всякого реального с ним контакта — реального, но угрожающего растворения в другом объекте.

Пациент в целом осознавал, что причиной, побуждавшей его укрываться от жены в ванной, особенно по вечерам, было связанное с сексом беспокойство, симптоматически проявляющееся в импотенции. Основываясь на характере симптомов и знании биографии пациента, казалось разумным предположить, что барьером, отбрасывающим к регрессии, послужила эдипова ситуация.

Анализ касался попеременно регрессии и вызвавших ее факторов эдиповой ситуации. Первым существенным улучшением симптоматики пациента было то, что после снижения эдипова чувства вины и частичного преодоления кастрационной тревоги его импотенция прошла — и в этот момент снова проявилась его сильная анальная фиксация. Он осознавал свое чувство

вины как результат мастурбации, к которой прибегал, пока не приобрел импотенцию. Его самообвинения были так сильны, что ему хотелось стать солдатом и погибнуть.

В подростковом возрасте его часто беспокоили инцестуозные фантазии; в течение многих лет ему приходилось порой более, порой менее успешно бороться с садистскими импульсами. Огромная кастрационная тревога заставляла его прятать гениталии, специально укрывая их защитным покрытием. Даже уже после того, как он перестал быть импотентом, его очень пугали сексуальные запросы жены. У него возникли фантазии о том, как компенсировать потерю семени и психическую травматизацию. Процитируем протокол одного из сеансов.

Пациент говорит о своей чрезмерной чувствительности. Несмотря ни на что, он еще сомневается, что все действительно будет нормально. Яйцо — это жизнь, мужское семя, наказание за мастурбацию; яйца — ведь это мошонка; странная мысль, что кожа может быть раздражена собственными яичками: в фантазии он глотал свое семя, чтобы не утратить своей силы. Он уже подумывал о том, чтобы сделать это в действительности, но мешало отвращение. Другая фантазия состояла в том, чтобы выжать свои сальные железы и полученным секретом лечить кожу. Но сейчас ему больше хочется тщательно укрыть свои гениталии, он очень страшится их потерять. Ему кажется, что один лишь взгляд на них уже означает грядущее нападение, интервенцию. Его тело должно принадлежать ему, и только ему одному.

Он описывает невыносимое напряжение, которое испытывал, если не мог вовремя вымыться или поухаживать за кожей. Если нельзя было уединиться, его возбуждение так возрастало, что он нередко подумывал о самоубийстве.

П: Хотя я в состоянии отложить свой уход за кожей, возможно на один-два часа, но при этом напряжение во мне становится так велико, что мне больше всего хочется покончить с собой. Чрезмерная забота о коже — это как дурная привычка, и я бываю способен грубо оскорбить жену и действительно это делаю.

После потока эмоций и фантазий, что и привели к очевидным симптомам, его тревожное состояние приняло конкретные формы, которые можно было интерпретировать. Его магические идеи и компульсивные анальные ритуалы имели фаллическое значение. Одна из целей его фаллического нарциссизма была отражением кастрационной тревоги, как это видно из следующего сновидения пациента.

П: Я участвовал в спортивном соревновании по прыжкам в высоту и в длину, где прыгнул на 7,8 метра. Силер [знаменитый

футболист] говорил в громкоговоритель, и все женщины на стадионе были абсолютно очарованы одним лишь его голосом. Женщина рядом со мной делала движения как во время полового акта; от его голоса она просто испытывала оргазм.

В ассоциациях пациент полагал, что было бы прекрасно, если бы удавалось достичь этого без полового акта, только с помощью слов. Ему хотелось бы стать знаменитым атлетом и прыгнуть так далеко, чтобы никогда уже не коснуться земли. Обладать самым большим богатством значило для него иметь огромный член, стать мужчиной-шлюхой и увечить женщин. В юности он натренировался подавлять свою сексуальность и тогда же научился осознавать свои фантазии всемогущества, чтобы стать как Уве Силер из своего сна и сводить женщин с ума словами. Тут пациент сильно разволновался, он вдруг испугался, что его отравят, это беспокойство он сразу же отнес на счет возможной кожной инфекции — его могли бы отравить выделения из вагины.

Кстати, в другой фазе лечения этот пациент однажды выразил желание послушать магнитофонную запись своего голоса в моем кабинете. Он никогда раньше не слышал собственного голоса. (Теперь я, скорее всего, записывал бы сеансы на магнитофонную пленку с разрешения пациента и уж, конечно, не отказал бы ему в его желании.)

Благодаря повторяющемуся — с видоизменениями — сну ему стало легче осознать то, что кожа использовалась им вместо объектов и что многочисленные нюансы ее расчесывания были попытками интегрировать чувства, относящиеся к этим объектам.

В этом впечатляющем сне субъект и объект менялись местами — тот, кто чесал, и тот, кого чесали; тот, кто применял мазь, и тот, кого смазывали. Он был пациентом, — но одновременно и не был; черты другого персонажа были неясны. В его фантазиях переноса мне также отводилась роль, где субъект и объект были взаимозаменяемы. Обращаясь к прошлому, он вспомнил о гомосексуальных контактах с братьями. Наиболее значительное место в его рассказе принадлежало фантазиям об амбивалентных действиях, относящихся к его коже. В другом сне его пораженная экземой кожа переместилась на женскую грудь. Эта трансформация временно усилила его тревогу по поводу ядовитых выделений жены. Тревога снизилась, когда он усмотрел в этом проекцию собственной агрессии, превратившую объект в носитель зла.

Марти (Marty, 1974, р.421) описал и антропологически обосновал то, что такого рода проекции являются лишь элементом тотальной идентификации с объектом: «Интенсивное движение тотальной идентификации с объектами, обнаруживающееся у аллергиков, — в действительности лишь неизменная фик-

сация, существующая в какой-то мере в каждом из нас: стремление быть другим» (p.445). Определенно, нельзя рассматривать этот процесс как типичный для пациентов-аллергиков. И все же я считаю, что — при наличии аллергии — специфическая манера, в коей пациент ухаживал за кожей, а также его отчуждение, причиной которых была болезнь, подкрепили бессознательное смешение субъекта и объекта. Это было, таким образом, актуализацией фазы недифференцированности, которую Фрейд описал так:

Оппозиции субъективного и объективного с самого начала не существует. Она возникает лишь из того факта, что мышление способно вновь проиграть в уме то, что однажды было воспринято, воспроизводя это как представление и не нуждаясь для этого в реальном присутствии внешнего объекта (Freud, 1925h, p.237).

Можно описать в этом контексте и сверхчувствительность пациента к яичному белку. Хотя он уже знал, что страдает аллергией, но еще до начала анализа заметил, что эффект аллергена очень зависим от других факторов. (Он сам обратил внимание, что когда полностью избегал яичного белка, то мог определить даже мельчайший его след в еде. В этом случае у пациента появлялось специфическое жжение во рту.) Как уже указывалось, пациент разработал собственную психосоматическую теорию своей сверхчувствительности, в которой центральная роль отводилась некоторым веществам, выделяемым или переносимым его женой. Вещества в пище, таким образом, уподоблялись телесным выделениям, которые, как он считал, вызывали заболевание.

Пациент, например, говорил о своем неприятии физического контакта с женой. Он утверждал, что иногда у нее изо рта немного пахло, и он использовал свою кожу как повод, чтобы избежать более тесного контакта. Он сказал, что запах изо рта вызывает у него сильное беспокойство; проходя мимо другого человека, он задерживает дыхание, или обходит этого человека сзади, или минует его очень быстро, чтобы наверняка избежать запаха, так как вдыхаемый воздух может быть заразен.

Его параноидная тревога снижалась и исчезала вовсе в соответствии с тем, насколько успешно ему удавалось прослеживать возникновение проекций и относить его на счет собственных неосознаваемых импульсов. Сон, в котором объект и субъект были спутаны, послужил проводником. В этой связи пациент имел такую ассоциацию: «Заразить других своей болезнью, да, вот чего бы мне хотелось, нанести им рану, а потом заразить». Его тревоги, связанные с нанесением повреждений себе и объектам, были полны содержанием оральной, анальной, уретральной и фаллической стадий развития. Вначале в бессознательном

переживании все это было перемешано и приводило к возбуждению и ухудшению симптоматики; затем он стал осознавать наличие этой смеси, что позволило дифференцировать разные виды тревоги и преодолеть их.

Он хотел достичь сексуального совершенства, определенным образом питаясь, используя какой-то порошок или принимая разные вещества, например гормональные, которые должны были воздействовать на яички. Однако всякий раз его пугало то, что все это может ухудшить состояние его кожи. «Я бы уничтожил всех цыплят, чтобы яичный белок никогда не попал в пищу». В этом случае его отвращение и ненависть были направлены на яйца. Он продолжил, ассоциируя это со страхом повреждения собственных яичек. Он пришел в ярость при одной мысли о том, что его жена может попытаться приласкаться к нему и, вероятно, сделать неожиданное движение — «потрогать мои гениталии». «Это такое беспокойство, которое почти как боль». Кстати, сверхчувствительность к яйцам впервые возникла в 1949 году, через два года после начала заболевания, и еще позже он стал ощущать жжение во рту. Аллерготесты были произведены в 1950-м.

Какими бы ни были причины, приведшие к выявлению скрытой предрасположенности пациента, ход его лечения и история болезни показывают, что сверхчувствительность играла лишь подчиненную роль в возникновении хронического нейродермита. Значительно важнее был смысл, приписываемый им некоторым «объектам», например жене, вследствие чего у пациента развилась сверхчувствительность к ним, и это продолжалось, пока он успешно не отследил скрытое за отвращением удовлетворение и удовольствие и не интегрировал их. После этого у пациента появилась возможность отказаться от своего многоаспектного защитного отчуждения и установить более гибкие отношения с женой и окружением. В последней фазе острые проявления нейродермита возникали все реже и были тем менее выражены, чем более его кожа утрачивала характер аутоэротического и аутодеструктивного замещающего объекта.

Эпикритический комментарий

Тематическая сосредоточенность аналитика на регрессии вызывает множество вопросов. Несмотря на то что повседневная жизнь пациента была полна регрессивных переживаний и отличалась соответствующим поведением, некоторые ее области недостаточно представлены как в выборочном описании случая, так и в терапии. Аналитик ориентировался на психодинамический процесс, продемонстрировавший особенно тесную *ситуа-*

тивную связь с изменениями симптоматики. Поскольку задача не состояла в реконструкции специфических условий регрессии и обнаружении нижележащих фиксаций, аналитик делал ударение на обстоятельствах, определявших повседневное течение болезни. В навязчивом повторении, разумеется, срабатывают скрытые, «законсервированные» причины, существовавшие значительно раньше. С терапевтической точки зрения следует обратить особое внимание на циркулярное самоподкрепление и его влияние на первичные условия формирования симптомов. Весьма различные виды тревоги и (эдипово) чувство вины (именно из-за ложной симптоматики — они могли быть в любой момент «запущены» ситуационными факторами) усиливали регрессию и косвенно вносили свой вклад в ухудшение состояния пациента.

Если регрессивные процессы такого рода существуют достаточно долго — а этот пациент безуспешно лечился у дерматологов восемь лет, — намерения, направленные вовне, могут стать бессознательными и повлиять на ощущение тела. Рискуя, что нас не поймут, попробуем кратко описать это так: жизнь этого пациента сводилась к его коже. Это упрощение позволяет убедиться в справедливости разнообразных психоаналитических и психотерапевтических тезисов о нейродермитах и других дерматозах и полезности их в лечении. Регрессия обнаруживает слабые места, которые — в зависимости от модной терминологии методических и теоретических разработок — так или иначе принадлежат психодинамике нейродермита и *неспецифически коррелируют* с ней. Как это было показано в случае с агрессией (Thomä, 1981), неважно, сошлемся ли мы на садомазохистские или эксгибиционистские черты, о которых писал Александер, или на другие невербальные бессознательные фантазии.

Ведущая тема презентации этого случая возникла из сосредоточения на одной форме регрессии. И все же в наличии ведущей темы есть скрытая опасность; под ее влиянием можно ошибочно принять описываемые механизмы за особые или даже специфичные для конкретных симптомов. Такой тезис не находит обоснования в опыте терапии этого пациента. В этом отношении можно сделать следующие наблюдения за ходом болезни.

Как с клинической, так и с научной точки зрения и в соответствии с рабочей гипотезой А.Митчерлиха особенно важно обращать внимание на то, как течение симптоматики коррелирует с психодинамическими событиями и их развитием (см.: Thomä, 1978). Этому пациенту все причиняло страдание из-за его отчужденности, тревоги и чувства вины; затронута, как правило, была и кожа. Отграничение конфликтов, доступных тера-

пии, привело к уменьшению числа и снижению интенсивности «пусковых ситуаций». Последовательность проработки конфликтов следует правилам, отличающимся от тех, что имеют определяющее патогенетическое значение. Из-за этой трудности и неадекватного протоколирования случая оценить в ретроспективе клиническое соответствие более точно невозможно.

Причины, погружавшие пациента в регресс, к окончанию лечения себя исчерпали. Его симптомы либо исчезли вовсе, либо ослабли. Отношения с женой удовлетворяли обоих супругов. Впервые пациент почувствовал уверенность в том, что он способен осмысленно структурировать собственную жизнь. Нейродермит больше не проявлялся — на протяжении последующих тридцати лет. Правда, стоит заметить, что пациент сохранил сверхчувствительность к яйцам — хотя и без последствий для кожи.

Эпикриз

Клиническое и научное значение сравнения случая с ним самим очевидно. Такое сравнение подтверждает психогенетическую причинность и в то же время не постулирует типичности биографии пациента или значение его осознанных и неосознаваемых переживаний для понимания нейродермита в целом. В этой истории болезни содержится описание нескольких важных условий, способствовавших возникновению симптомов. Для аналитика было только логично перейти от регрессии, связанной с симптомом, к тому, чтобы сосредоточиться на самоподкрепляющемся циклическом движении событий, связанном с последствиями расчесывания и растирания кожи. История данного случая демонстрирует, что существенные причины нейродермита были преодолены. Дерматологического или другого лечения больше не понадобилось.

С другой стороны, лет через пять после окончания терапии пациент перенес операцию катаракты на правом глазу. Поскольку хрусталик, как и кожа, происходит из эктодермы, появление катаракты может свидетельствовать о возможных соматических причинах нейродермита. Наконец, пациенту была успешно сделана пластическая операция тромба правой бедренной артерии. Личная и профессиональная жизнь пациента развивалась благоприятно, у супругов родился желанный сын; пациент сделал успешную карьеру. Он считал, что именно благодаря анализу освободился от тяготевших над его жизнью тревог и мучительного чувства вины, именно анализу он обязан исцелением и тем, что его жизнь изменилась к лучшему.

9.7 Неспецифичность

Вдохновленные психоанализом психосоматические исследования, методологические основы которых были заложены в 1930-е годы пионерскими работами Александера, исходят из *гипотезы о специфичности*. Результаты десятилетиями ведущихся работ свидетельствуют о следующем: несмотря на ту важную роль, которую играют в возникновении и течении соматических заболеваний психосоциальные факторы, существование специфической причинности представляется весьма маловероятным. Альтернативная же гипотеза — предположение, что психические факторы играют неспецифическую роль в многофакторном переплетении причин болезней, — с имеющимися данными согласуется.

Концепция специфичности связана с теорией причинности, которая берет за основу наше понимание инфекционных заболеваний. Специфические морфологические изменения в ткани отвечают специфическому патологическому агенту, например дифтерийной, тифозной или туберкулезной бациллам. Вещества, противостоящие патологическому агенту, тоже считаются специфическими. Таким образом, концепция специфичности имеет две стороны, то есть относится и к причине, и к следствиям. Кроме того, чтобы должным образом охватить все влияющие условия, даже и при инфекционных болезнях, нужно принимать во внимание предрасположенность. Как уже говорилось в разделе 1.1, Фрейд ввел в психоанализ объяснительную схему, которая в принципе используется в медицине до сих пор, и, разработав теорию дополняющих серий, приложил эту схему конкретно к психическим заболеваниям.

Сегодня стало ясно, что смешивать научное определение необходимого и достаточного условий с концепцией специфичности было ошибкой. К тому же неадекватно понимались и соматопсихические последствия, которые в свою очередь являются фактором, влияющим на психическое состояние больного. Однако, хотя и ошибочно было обременять клинические исследования поиском типологии *специфических* конфликтов, отвечающих соматическим заболеваниям, этот методологический подход имел и свои исторические заслуги, о чем свидетельствует его продолжающаяся популярность. Многофакторный подход, сторонником которого был Александер, остается неотъемлемой частью психосоматической медицины, несмотря на то что внимание переместилось от одних переменных к другим. В школе Александера постулировалось, что возникновение и течение болезней управляется тремя группами переменных. Одна из этих групп представляет собой психодинамическую конфигурацию, которая вместе с соответствующими процессами защиты скла-

дывается в детстве. Вторая группа переменных включает провоцирующую жизненную ситуацию, когда какие-либо переживания или события, непосредственно предшествующие возникновению болезни, имели особое эмоциональное значение для пациента и могли оживить его центральный бессознательный конфликт. И наконец, в третью группу переменных входят все соматические условия, которые, по Александеру, составляют определенную конституцией или предрасположенностью «соматическую подверженность» (Фрейд) или «неполноценность органа» (Адлер). Когда «уязвимость» определенного органа или системы органов именовали фактором X, сама эта уязвимость оставалась в тени. Тогда как «выбор симптоматики» определяют именно патофизиологические и морфологические процессы.

Александер и его соавторы (Alexander et al., 1968) в ретроспективном обзоре сформулировали свою рабочую гипотезу так: у пациента, обладающего уязвимым органом или системой органов, а также характерной психодинамической конфигурацией, развивается соответствующее заболевание, если обстоятельства его жизни мобилизуют зафиксированный ранее, неразрешенный центральный конфликт и если возникшее напряжение приводит к прорыву первичных защит. Исследования корреляций на основе этой рабочей гипотезы показали, что поставленный «вслепую» диагноз и симптоматика относительно хорошо совпадают только тогда, когда используются данные о психодинамических переменных. Исследования Александера и его учеников подтвердили, что те формы переживания и поведения, которые можно проследить вплоть до внутрипсихических ядерных конфликтов, проявляются чаще, чем это было бы при простом совпадении, причем частоты эти для семи изучавшихся заболеваний различны. В качестве типичных примеров Александер и его последователи выбрали бронхиальную астму, ревматический артрит, язвенный колит, повышенное давление, гипертироидный синдром, язву желудка и нейродермит. Эти заболевания, известные как «чикагская семерка», заняли почетное место в истории психосоматической медицины и привлекли к себе так много внимания, что многие врачи долгое время полагали, будто и психосоматическая медицина, и подход, развиваемый Александером, ограничиваются этими семью болезнями.

Влияние психики допустимо и возможно при любых заболеваниях человека, и поэтому психосоматическая медицина никогда не ограничивалась изучением вышеупомянутых семи болезней. Вначале гипотеза специфичности применялась к этим семи заболеваниям и проверялась на них по ряду причин, в том числе и из-за ограничений методологических и практических. И хотя сейчас мы склонны скорее полагать, что соответствующие сочетания конфликтов при этих болезнях неспецифичны и могут

варьироваться, эти семь болезней остаются в психосоматической медицине важными примерами, по крайней мере когда нужно продемонстрировать корреляции, базовые для дальнейшего развития гипотез и теорий. Кроме того, гипотеза специфичности Александера никогда не указывала, какая из частей трехчастной модели играет специфическую определяющую роль в патогенных условиях. На самом деле эти три группы включают множество индивидуальных черт, что требует применения многомерной модели и соответствующей методологии. Только в очень редких случаях один из факторов может приобрести «вес специфичности», чего на практике ожидать не следует. Открытым остается вопрос о том, какая из постулированных переменных играет решающую роль в выборе органа, поражаемого болезнью. Вполне возможно, что это и есть фактор X — специфическая уязвимость органа (Pollock, 1977).

Несмотря на то что маловероятно обнаружение специфической причины соматических заболеваний в каких-либо сочетаниях конфликтов или специфических стимулах по Лэйси (см.: Schonecke, Herrmann, 1986), первоначальное ограничение психосоматических исследований несколькими болезнями оказалось в истории психосоматической медицины продуктивным. Вайнер (Weiner, 1977), например, составил блестящий обзор по шести заболеваниям (без нейродермита), которые сначала изучались в Чикаго, и в нем прекрасно описываются важные для клиники проблемы, касающиеся стратегии исследований 1980-х годов. Оглядываясь назад, можно сказать, что исследования, начатые Александером, основывались в целом на многомерном подходе, который может удовлетворительно описать многофакторную этиологию, только если учитываются все значимые переменные. Методологическим следствием применения этого общего психосоматического подхода как принципа врачебной деятельности должно быть как можно более тщательное изучение психосоциальных факторов, влияющих на возникновение и течение соматических болезней, и психотерапевтическое лечение пациентов с учетом воздействия этих факторов. Как видно из критического обзора Вайнера (Weiner, 1977) и из энциклопедии фон Уэкскюлла (von Uexküll, 1986), влияние психосоциальных факторов на течение болезни в настоящее время лучше всего изучено для тех болезней, которые первоначально служили образцами для исследований. Несмотря на все сожаления по поводу дуализма «душа — тело», психосоматическая медицина неотделима от методологии плюрализма, хотя кое-кто оснащает ее материалистическим или идеалистическим монизмом и поднимает до уровня идеологии (Groddeck, 1977). Им дуализм кажется «вредным» фактором (Meyer, 1987).

Примерами такого монизма являются, с одной стороны, всеобъемлющий спиритуализм Гроддека, а с другой — материализм, отождествляющий нейрофизиологический субстрат с мыслительными и психическими процессами. В построениях Гроддека не учитывается автономность физических законов, а в некоторых областях современной психосоматической медицины психические явления и их психодинамика оказываются растворенными в физиологии. Как далеко может простираться путаница, показывает история понятия «конверсия». Например, Липовски (Lipowski, 1976, pp. 11—12; курсив наш) в своем широко известном обзоре состояния психосоматической медицины соглашается с тем, что эта область исследований — в особенности тех «взаимосвязанных нейрофизиологических, эндокринных и иммунологических процессов и путей, где *символические* стимулы могут влиять на какие-либо или все соматические функции», — что эта область «заметно продвинулась за последнее десятилетие и сейчас стало возможным восполнить так называемый пробел между душой и телом». Липовски добавляет: «Без ясного понимания этих процессов нам остается лишь только корреляция между некими событиями и *психологическими* чертами индивида, на них отвечающими, с одной стороны, и данной *телесной* дисфункцией или болезнью — с другой».

Каждый врач, мыслящий в психосоматических категориях, обращает внимание на качественную автономию символических процессов, споря с монистами, которые приравнивают психические явления к мозговому субстрату. Понятно, что многообразная символическая деятельность человека, связанная с мозговыми структурами и функциями, влияет на все процессы в организме вплоть до отдельных клеток. Однако желание прямо перейти от признания физиологических передаточных процессов к психическим переживаниям и образованию символов является серьезным заблуждением, основанным на совершенной путанице различных эпистемологических категорий.

С точки зрения психотерапии исследования Александера и его школы оказались необычайно продуктивными. Не случайно, что понятие фокуса в теорию техники ввел Френч (French, 1952), бывший членом чикагской исследовательской группы. Там же стала центром внимания и концепция отношений «здесь-и-теперь». Поскольку проявления разных болезней различны, то очевидным кажется, например, то, что пациенты с кожными проблемами склонны говорить на темы эксгибиционизма. Активизация преморбидных латентных предрасположенностей к заболеваниям и обострение уже выявленных болезней относятся прежде всего к фактам повседневной клинической практики. Кроме того, с кожными, оральными или двигательными функциями и с их ограничениями связаны различные области человече-

ских ощущений. Мы обращаем внимание на ход болезни и ее циклические последствия — в смысле самоусугубляющегося порочного круга, — потому что именно здесь может и должно осуществляться психоаналитическое вмешательство. Именно здесь возможно перейти от соматопсихических осложнений непосредственно к переживаниям пациента без акцента на особые виды сопротивления, оправдывающие предположение о специфических «психосоматических структурах» (см. разд. 9.9). Если врач у соматически больного сразу же пытается обнаружить психические конфликты, то есть в широком смысле раскрыть психогенез его жалоб, то он провоцирует реакцию, характерную для пациента с язвой желудка: «Но, доктор, у меня проблема с животом, а не с головой». Если же врач исходит из жалоб на физическое состояние и уделяет серьезное внимание как соматическим аспектам, так и психоаналитическим наблюдениям, касающимся образа тела (см.: von Uexküll, 1985), тогда он без усилий может обнаружить, как пациенты справляются со своими болезнями. Этот способ получит доступ к психосоциальным факторам, влияющим на развитие соматических заболеваний. Всегда целесообразно подольше задержаться на самом течении болезни, как это описывалось в пятой главе на примере случая кривошеи. Психоаналитические интервью редко не удаются, если аналитик ориентирован на тот факт, что соматические жалобы приводят к вторичным усложнениям связанных с ними бессознательных фантазий. Например, тревога по поводу сердца ограничивает свободу движений, а все жалобы на пищеварительный тракт ведут к сенсибилизации оральности, вне всякой связи с ее ролью в происхождении расстройства. Чтобы установить терапевтические отношения с пациентами, чьи жалобы в основном соматические, решающее значение имеет признание аналитиком первичности тела в той степени, в какой это совместимо с методологическим понятием образа тела и с тем фактом, что он не в состоянии одновременно заниматься телом в соматическом смысле. Безусловно, мы согласны с фон Уэкскюллом (von Uexküll, 1985, p. 100), что психоаналитический метод в той степени, в какой он может распространяться и на бессознательную телесную сферу Эго, может давать лишь различные образы или представления тела и «не может обозреть тело в более глубоких его измерениях, которые бессознательны в принципе и никогда не станут объектами осознания». С этим связаны и терапевтические возможности психоанализа в отношении соматических болезней, то есть до какой степени терапевтические усилия, направленные на субъективно воспринимаемый образ тела, отражаются на соматических функциях. Психоаналитические наблюдения, обобщенные Рэнгеллом, относятся к субъективному состоянию индивида:

Таким образом, нет ни одного полного психоаналитического описания больного язвой без упоминания об оральном смысле сокращений или вздутий желудка, больного язвенным колитом без изобилия рассуждений о нескончаемой борьбе вокруг анальности, отраженной в соматике, больного астмой или нейродермитом без соответствующих описаний символических нарушений на разных уровнях, свойственных множеству физических и функциональных изменений... Поэтому в большинстве случаев психосоматический синдром оказывается комбинацией процессов невроза органа и конверсии (Rangell, 1959, p. 647).

По нашему мнению, Рэнгелл не случайно описывал только лишь случаи, симптоматика которых может быть каким-то образом связана со страдающим, действующим, чувствующим и думающим человеком. Отверстия на коже и теле, к примеру, связаны с переживаниями, которые коррелируют с определенными функциями. Требуется уловить происхождение симптомов на основе корреляций с конфликтами. Так, Александер не приписывал «смысла» морфологическому изменению самому по себе, но полагал, что существует очень близкий «эмоциональный силлогизм» между функциями и переживаниями. Уже в своих первых работах (Alexander, 1935) по психосоматическим заболеваниям желудочно-кишечного тракта он локализовал конфликтные конфигурации в терминах «давать» и «брать», что позднее стало именоваться «специфичностью». По наблюдениям Александера, честолюбивый субъект с язвой бессознательно идентифицирует свою вытесненную тоску по любви и помощи с потребностью в кормлении («эмоциональный силлогизм»). Такая идентификация приводит в движение его желудок, как если бы пришло время принимать пищу. Конфликты, относящиеся к зависимости, на которые обращает внимание Александер, вытеснены. Однако сама по себе язва не несет никакого символического смысла. Хотя критика гипотезы специфичности Кьюби (Kubie, 1953) признана обоснованной, наблюдения Александера не потеряют своего значения, если «специфичность» заменить «типичностью». Типичные сочетания конфликтов по схеме Александера не составят фактора специфичности в таком же смысле, как он понимается при инфекциях, потому что «специфичными» у него считались и другие этиологические факторы, например предрасположенность органа. В вышеупомянутом критическом обзоре Вайнер обсуждает современную патофизиологическую классификацию предрасположенности к заболеваниям, которые изучал Александер. Успех многомерного подхода оказался особенно убедительным в отношении этиологии язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (Schüffel, von Uexküll, 1986).

С точки зрения психотерапии изначально неважно расстояние между фокусом — темой интервью — и соматическим заболеванием. Решающее значение имеет доверие пациента, принятие им интервью как средства терапии. Вопрос о том, какие

изменения в теле могут быть хотя бы частично обусловлены психическими факторами и стать обратимыми, остается открытым. Тот, кто пытается победить хроническую соматическую симптоматику психотерапевтическими средствами, не избежит реальных проблем, обусловленных первичной или вторичной автономией физических симптомов.

9.8 Регрессия

В первом томе мы обсуждали регрессию в связи с концепцией нового начала Балинта. Очень важно было понятие регрессии также и при обосновании лечения пациента с нейродермитом. Именно поэтому нужно особо подчеркнуть, что мы против неограниченного использования теории регрессии для объяснения психических, соматических и психосоматических болезней.

Даже беглый взгляд на процессы регрессии показывает, что этот термин является прежде всего описательным обобщением. Понятие регрессии в общем смысле означает «возврат с высшей на низшую стадию развития — тогда в понятие регрессии может входить и вытеснение, поскольку и его можно описать как возврат на более раннюю и глубокую стадию развития психического акта» (Freud, 1916/17, p. 342). В «Толковании сновидений» Фрейд уже различал топические, временные и формальные аспекты регрессии. Сначала он применил учение Джексона об эволюции и разложении в своем исследовании афазии, а затем продуктивно использовал в психопатологии понятие функциональной дегенерации, заимствованное у Джексона. Затем он предположил, что «определенные виды регрессии характерны для определенных заболеваний» (Freud, 1933a, p. 100). Таким образом, концепция регрессии поднимается выше описательного обобщения, получив в рамках *объяснительной теории* психоанализа объяснительное значение в связи с концепциями основного конфликта и фиксации. На наш взгляд, регрессию нужно понимать как приобретенное, точнее, бессознательно закрепленное свойство (Thomä, Kächele, 1973). Примечателен тот факт, что понятие регрессии применяется исключительно для объяснения *психических процессов.*

Если же применить термины «фиксация» и «регрессия» к предполагаемым *психофизиологическим* категориям, тогда возврат на ранний бессознательный уровень поможет объяснить развитие не только психических, но и соматических заболеваний. Действительно, многие теории в психосоматической медицине после Гроддека согласуются с этим рассуждением, хотя это не всегда ясно с первого взгляда.

Для того, кто знаком с предметом, будет нетрудно усмотреть в этом безграничном расширении понятия «регрессия» некоторую структуру. Общий элемент взят из психоаналитической теории защиты, откуда можно вывести два тезиса, относящиеся к этиологии. Согласно первому утверждению, соматические болезни возникают, когда усиливается и соматически проявляется панцирь характера, по Райху. Двухступенчатое вытеснение, по Митчерлиху, восходит к предположению о существовании характерного невроза, который усиливается, так сказать, в психосоматическом патогенезе. Много лет назад один из нас (Thomä, 1953/54) очень наивно опубликовал подобную модель, не учитывая того, что процессы защиты нужно понимать как *процессы* и что еще Фрейд говорил о вытеснении как о *последовании*.

Вторая распространенная мысль, пришедшая в психосоматическую медицину из психоанализа, ориентирована на регрессию. Первоначально она появилась в концепции Шура (Schur, 1955) о том, что психосоматические нарушения связаны с процессами созревания и регрессии; он охарактеризовал развитие здорового ребенка как процесс «десоматизации». Согласно Шуру, в процессе созревания развиваются более сознательные психические формы реагирования из недифференцированных и неразвитых структур новорожденного, у которого психический и соматический элементы нерасторжимо связаны один с другим и который на своей стадии развития реагирует прежде всего соматически и бессознательно. Соматических форм реакции становится меньше, и ребенок учится реагировать когнитивно и психически, а не соматически, то есть через состояния психического возбуждения. Шур связывал этот процесс десоматизации с тем, что Эго нейтрализует инстинктивные энергии. В случае психосоматического заболевания Эго больше не способно справляться с конфликтными ситуациями, используя доступную ему нейтрализованную энергию. Из-за связанной с этим тревоги происходит регрессия на уровень ранних способов поведения, то есть на уровень соматического реагирования (психофизиологическая, или психосоматическая, регрессия). Энергии, до этого связанные защитным процессом нейтрализации, высвобождаются при коллапсе Эго и реализуются недифференцированным соматическим образом, отвечающим стадии регрессии. Конкретная форма ресоматизации, то есть выбор органа и разнообразных соматических реакций, зависит от травматических переживаний детства и последующих фиксаций на функциональных процессах тела. Шур исходил из предположения, что при дифференциации Эго в процессе физиологического созревания некоординированные соматические процессы когнитивно и психически интегрируются, заменяя соматические реакции первичных процессов умственными актами на уровне вторичных процессов. Он

рассматривал психосоматическую регрессию как шаг назад к первоначальному уровню, на котором душа и тело еще реагировали как единое целое, соматически разряжая напряжение.

Концептуальной основой этого объяснительного подхода, который разделяют также Митчерлих (Mitscherlich, 1967, 1983) и другие авторы, является аналогия, или идентификация, инфантильных соматопсихических форм реагирования с психосоматической реакцией. Шур придерживался психологического подхода к неврозам, так как считал регрессию первоначальной формой развития заболевания и лишь дополнительно включал в свою модель соматические процессы. Регрессионная модель, таким образом, просто распространилась с психического уровня вовне, на физиологию. Предполагается, что гипотеза о привычной фиксации удовлетворяет постулату о специфичности. Для многих направлений психоаналитически ориентированной психосоматической медицины типично, что применимость определенного подхода не определяется на основе методологических воззрений, а скорее просто утверждается путем отнесения причин болезни к различным этапам раннего детства. Если не обманываться изобретательностью, с которой создаются новые термины, то становится ясной единая основа всех утверждений о том, что психосоматические заболевания имеют раннее (доэдипово) происхождение, а это является игнорированием законов физиологии. Удивительно то, каким образом ложные положения, порой лишенные самого смутного ощущения реальности, могут все еще существовать — при том, что авторы увлеченно цитируют друг друга, или как вторичные модификации терминов могут изображать новые знания. К примеру, Куттер (Kutter, 1981) превращает *базовую вину* Балинта, привлечение которой не совсем оправдано даже для объяснения этиологии неврозов, в *базовый конфликт* психосоматических заболеваний и противопоставляет их неврозам. Таким образом, пациенты, страдающие, например, одной из семи вышеупомянутых болезней, превращаются в больных с серьезными пограничными расстройствами, что явно несовместимо ни с результатами Александера, ни с современными данными. Куттер и другие сводят психосоматическую теорию к одному фундаментальному состоянию, этиологическая первичность которого невероятна даже в теории неврозов. Созданная Фрейдом теория этиологии — модель комплементарных серий — подразумевала существование сложных форм благодаря многообразным психическим и соматическим процессам, участвующим в происхождении и течении любого заболевания. Здесь же не подвергается сомнению, что базовая вина является необходимым условием неврозов и последние развиваются на ее основе с неизбежностью закона природы, подобно яйцу после оплодотворения. Вот еще одно основание

для критики концепции нового начала Балинта, которую мы изложили в первом томе (разд. 8.3.4).

На основе положения о «психофизиологической, или психосоматической, регрессии» и предположения о том, что ранние травматические переживания влияют на единство души и тела, оказывается возможным объяснить любую тяжелую психическую или соматическую болезнь от рака до шизофрении с одной, весьма удобной точки зрения. Все что угодно можно вывести из психосоматической структуры. Например, Бэнсон в своей *гипотезе о комплементарности* утверждает, что

> процессы, происходящие в соматической сфере, напоминают процессы психической регрессии (при неврозах и психозах). Если вместо проекции благодаря первичному давлению защитных процессов происходит вытеснение, это влечет за собой сдвиг инстинктивной энергии в соматическую сферу. Тогда мы наблюдаем последовательно углубляющуюся соматическую регрессию от истерической конверсии до глубочайших регрессий в сфере митоза клеток (Bahnson, 1986, p. 894).

Бэнсон объясняет происхождение злокачественных новообразований глубочайшей регрессией в результате вытеснения, а происхождение психозов, соответственно, глубочайшей регрессией в результате проекции.

Достойно удивления, с каким восторгом была воспринята идея о психофизиологической регрессии, высказанная Марголином (Margolin, 1953) и недавно ставшая использоваться, в особенности Макдугаллом (McDougall, 1974, 1987), в качестве всеобъемлющего объяснительного принципа для психических и соматических болезней. Концепция психофизиологической регрессии, или по крайней мере суть этой идеи, непригодность которой давно уже доказана Мендельсоном и другими (Mendelson et al., 1956), оказывается столь же бесконечной, как надежда на вечную жизнь, и, возможно, имеет тот же источник. Более, чем научные истины, на человеческую жизнь влияет поиск ее смысла, в частности поиск взаимных превращений тела и души, а также мысль о скрытом смысле соматической болезни, заимствованная из психоанализа. На этих предположениях основан принцип эквивалентности и взаимопереходов психических и органических симптомов В. фон Вайцзэкера, который тоже доходит до панпсихизма в своем тезисе «Ничто органическое не лишено смысла». К. Ф. фон Вайцзэкер в дискуссии в честь столетнего юбилея Виктора фон Вайцзэкера, основателя антропологической медицины, прямо утверждал, что нельзя «приписывать психическую интерпретацию каждому соматическому заболеванию, это наделило бы взаимодействие больного и врача научной функцией» (C.F. von Weizsäcker, 1987, p. 109). На этом симпозиуме фон Рад (von Rad, 1987, p. 163) привлек внимание антропологической медицины к панпсихизму, проявляющемуся в

идеях о взаимопереходах между душой и телом, которые сохраняют друг друга, и предупредил об опасности подобных воззрений. Философские идеи фон Вайцзэкера о природе человека, как продемонстрировал это фон Рад, цитируя работы фон Вайцзэкера (напр.: von Weizsäcker, 1950, p. 259; 1951, p. 110), находятся под влиянием идеи панпсихизма, который с самого начала был препятствием для утверждения этих идей в медицине. Но и научная методология антропологической медицины лишь делает первые шаги. Если в терапии и научных исследованиях всерьез принять би-личность, то встают все проблемы психоаналитической парадигмы. Клиническая психология столкнулась с новой парадигмой благодаря «когнитивной революции» бихевиоризма (Bruner, 1986). Современные попытки интеграции этих подходов, предпринятые, например, Виссом (Wyss, 1982, 1985), не удовлетворяют полноте клинических знаний, накопленных психоанализом за сто лет.

Использование идеи психосоматической регрессии — в любой из ее версий, различных лишь на первый взгляд, — в качестве основы для полного объяснения соматических заболеваний ведет к неправильной диагностике и препятствует развитию более приемлемых теорий.

Аналогия инфантильных психосоматических реакций, по природе своей интегративных, с соматическими нарушениями неплодотворна — это мы показали в пятой главе на примере кривошеи. Как это подчеркивал Майер, физиология новорожденного существенно отличается от физиологии взрослого:

Хочу напомнить лишь одно из многих различий, а именно менее развитый гомеостаз. При легкой инфекции температура тела новорожденных и младенцев повышается до 39—40 градусов, при малейшем стрессе их рвет, в течение нескольких часов их организм обезвоживается. Единственное, чего у младенцев не бывает, — это прямых астмоподобных или колитоподобных нарушений, до которых может регрессировать взрослый. С другой стороны, психосоматический подъем температуры у взрослых — вещь необычная. Два подобных случая, которые я наблюдал у тридцатилетних пациентов, были не результатом физиологической регрессии, а остаточными стрессовыми явлениями после герпеса (Meyer, 1985, p. 54).

Инфантильная разрядка напряжения происходит через единство «тело — душа» из-за неразвитости когнитивных форм реагирования. При таких интегративных реакциях, имеющих черты первичного процесса, младенец или новорожденный находится на анималистической стадии созревания. Заметим, что у животных в природе психосоматических болезней не бывает, они могут развиваться лишь в искусственных условиях. В отличие от инфантильной стадии развития, реакции психосоматических пациентов не интегративны, то есть не основаны на единстве «тело — душа»; характерной чертой психосоматики является как

раз полное отсутствие подобной взаимосвязи. Представление о психосоматической декомпенсации как о регрессии, понимаемой как возврат к инфантильным формам соматической разрядки напряжения, не объясняет деструктивного аспекта соматических заболеваний.

Склонность многих психоаналитиков «психологизировать физиологическое» (Schneider, 1976) и вдобавок их тенденция игнорировать законы физиологии при рассмотрении психосоматических нарушений привели к опасному застою. Не уделяется внимания дифференциации различных заболеваний, повторяется лишь, казалось бы, всеобъемлющий объяснительный принцип «психосоматической болезни». Ни слова не говорится о различиях между острыми и хроническими заболеваниями, тогда как многие психологические черты хронически больных, например комплекс беспомощности-безнадежности, описанный Энгелом и Шмале (Engel, Schmale, 1969), могут быть просто-напросто реакциями больного на соматические аспекты его болезни!

9.9 Алекситимия

Мы уже ссылались на алекситимию, когда говорили, что больной нейродермитом вел себя как алекситимик. Этот термин означает неспособность «читать», воспринимать или выражать чувства.

Еще одной движущей силой описания и объяснения алекситимии была чуждая методологическому образу мыслей Фрейда идея о психофизиологической регрессии. Идея эта вобрала в себя всевозможные фантазии, отодвигающие причины соматических и психических болезней — от рака до психозов — в раннее детство, то есть в то время, когда душа и тело были еще нераздельны. Считается, что в этом возрасте у индивида развивается так называемая *психосоматическая структура*, для которой характерно именно отсутствие фантазии и механистичное мышление (pensée opératoire — оперативное мышление, или алекситимия).

Авторы, принадлежащие к «французской школе» психосоматической медицицы, несомненно, понимали концепцию «pensée opératoire» таким же образом. Однако основополагающими для них являлись процессы регрессии и фиксации. Де Мюзан (ge M'Uzan, 1977) считал, что ограничение возможности удовлетворять галлюцинаторные потребности в детстве является важной причиной дефицитарности психической структуры, которая, по его мнению, характерна для психосоматиков; Фэн (Fain, 1966) утверждал, что формированием соматических симптомов при психосоматических болезнях движет регрессия к примитивным

защитным системам Эго; а Марти (Marty, 1968) писал о специфических процессах регрессии (например, о прогрессирующей дезорганизации, частичной и общей регрессии). Марти (Marty, 1969) проследил образование соматических симптомов в соответствии с различными формами регрессии вплоть до фиксаций, происходящих при патологическом обмене настроениями между плодом и матерью, то есть во внутриутробной фазе. Так эти авторы понимают источники описываемых клинических явлений. Оперативное мышление является «отражением переполненности самыми материальными, конкретными и практическими элементами действительности» (de M'Uzan, 1977), не позволяя больному выходить на уровни чувства и фантазии, давая ему лишь образы временных и пространственных отношений и, следовательно, создавая только «слабые взаимоотношения» с собеседником. Авторы полагают, что такая форма взаимоотношений характерна для психосоматических больных. Эти французские исследователи описывают тенденцию подобных индивидов к поверхностной идентификации с чертами объекта — это явление они называют «редупликацией». Пациент превращает себя таким образом в бесконечно воспроизводимую личность; другого человека он способен понять только на основе собственной модели и не имеет никакого понятия о существовании другой индивидуальности.

Несмотря на то что первоначально Марти основывал свои взгляды на предположении о внутриутробной фиксации, затем он разработал концепцию, согласно которой происхождение механизмов первичной фиксации, ответственных за развитие психосоматических нарушений, понимается как результат патологического взаимодействия инстинкта смерти и эволюционного процесса. На основе своей идеи Марти (Marty, 1968) сделал попытку установить корреляцию наблюдаемых черт оперативного мышления с психофизиологическим развитием индивида. Он понимает развитие человека как эволюцию, происходящую под влиянием инстинктов жизни и смерти. Очевидна близость этих идей к концепции десоматизации Шура, хотя она создавалась в других теоретических рамках. Согласно этим авторам, антиэволюционные влияния (танатос, инстинкт смерти) у психосоматика в его раннем развитии разрушают биологическую экономичность (эволюционный процесс, на который влияет эрос); и хотя в тот период патологическая дисфункция исправляется, ничто уже не может помешать этим фазам развития оставаться точками психосоматической фиксации.

Можно доказать, что французские авторы совмещают фрагменты нескольких теорий, их не интегрируя, не делают попыток разрешить противоречия, содержащиеся в этих теориях, и не создают сколько-нибудь последовательной теоретической моде-

ли, доступной проверке. Например, они приписывают оперативное мышление первичному процессу, в то же время обсуждая его и как модальность процесса вторичного, подчеркивая ориентацию процессов мышления на реальность, причинность, логику и последовательность (Marty, de M'Uzan, 1963). Тогда встает вопрос, почему психосоматики обычно проявляют подозрительно высокий уровень социальной интеграции, несмотря на то что функционируют на уровне первичного процесса. Также и концепция редупликации недостаточно разработана и не во всем соответствует часто отмечаемым особенностям нормального поведения.

Американскими авторами, которые ввели термин «алекситимия», тоже руководило новое предположение о специфичности. Они постулировали, что для структуры личности психосоматических индивидов, в отличие от невротиков, характерна алекситимия — неспособность правильно выражать чувства словами. Сифнеос (Sifneos, 1973) составил список черт, характерных, по его мнению, для психосоматиков: обедненное воображение при последовательном, функциональном способе мышления, тенденция к резкому разрыванию конфликтных узлов, ограниченная способность испытывать чувства и трудность нахождения подходящих слов для описания собственных чувств в ситуациях, куда они попадают. Хотя эти авторы (Nemiah, Sifneos, 1970) вначале выдвинули три параллельные гипотезы: психодинамики, недоразвития и нейрофизиологии, но затем они эксплицитно отдали предпочтение заимствованной из Маклина (MacLean, 1977) идее, которая основана на предположении о существовании нейронной связи между лимбической системой (местом либидозных и эмоциональных процессов) и неокортексом. Таким образом, оказывалась возможной разрядка возбуждения непосредственно в область соматики через автономную гипоталамическую систему.

Эти идеи стимулировали интенсивные эмпирические исследования, но результаты их оказались отрицательными. Из семнадцати эмпирических работ, нацеленных на идентификацию алекситимии как черты личности, ни в одной, кроме работы самого Сифнеоса и двух других статей, принадлежащих группе авторов, не было указаний на присутствие у психосоматиков этой специфической черты личности. Измеренные личностные черты других клинических групп, подтвержденные и на контрольных группах, оказались, наоборот, воспроизводимыми (Ahrens, Deffner, 1985). Сохранение идеи о специфической психосоматической структуре личности, независимо от ее конкретной формы, стало мешать дальнейшему научному развитию психоаналитически ориентированного психодинамического подхода (Ahrens, 1987). Поиск однородной структуры личности для пси-

хосоматических нарушений сложной и разнообразной природы налагает ограничения, противоречащие клиническому опыту. Последний же позволяет предположить, что даже за *одним* психосоматическим симптомом стоит гетерогенное сочетание конфликтов; эмпирические исследования тоже это подтверждают (Overbeck, 1977).

Наиболее вероятным этому объяснением является то, что все важные черты так называемой психосоматической структуры, которой приписывают механистичное мышление (pensée opératoire), и алекситимия по происхождению ситуативны. Скорее всего, они являются результатом особого способа интервьюирования и предположений, на которых он строится, а не отражением постоянных и этиологически значимых черт личности, не говоря уже об отнесении их к первому году жизни. Правомерен вопрос Кремериуса, не является ли результатом обстановки вербальное поведение пациентов с сильно заторможенной фантазией, если — как это описывается в примерах, свидетельствующих о недостатке фантазии, — их опрашивают в лекционной аудитории, впрямую и без всякой подготовки, буквально следуя руководству по психоаналитическому интервьюированию. Заслуживает внимания также и его замечание по поводу схожести этого разговорного стиля с языком низших классов общества. Аренс (Ahrens, 1986a, b) использовал технику контент-анализа для изучения результатов начального интервью, которое опубликовали Сифнеос и Немиа в 1970 году (Nemiah, Sifneos, 1970), приводя его как пример алекситимии у психосоматиков. Более половины предложений, произнесенных пациентом, содержали агрессивные коннотации, которых, однако, интервьюирующий не заметил или же не сделал предметом обсуждения, так что они, напротив, получили в ходе интервью скрытый резонанс. Таким образом, авторы спроецировали «проблему общения», заявленную в названии их статьи, на пациента и назвали это «алекситимией», вынося проблемы переноса и контрпереноса за скобки. Другие исследования, сравнивавшие группы невротиков и соматических больных на основе дифференцированного методологического подхода, пришли к противоречию с идеей особой психосоматической личности, поскольку не нашли никаких различий между двумя группами пациентов (Ahrens, 1986a, b). Этим результатам было уделено мало внимания; соотношение между попытками проверить утверждения в воспроизводимых исследованиях и производством всеобъемлющих этиологических фантазий очень неравное.

Совершенно очевидно, что мы бросаем вызов предрассудкам, которые вряд ли можно победить или даже ослабить рациональными средствами научной оценки. Это поднимает психоаналитический вопрос о мотивах, делающих столь привлекатель-

ным такое отнесение причин в общепринятую матрицу и ограждающих их от проверки реальностью или дающих фантазиям иммунитет против научной аргументации.

В качестве примера можно привести гипотезу Марти об инстинкте смерти. Объяснительная модель зиждется на гипотетических конструкциях, недоступных эмпирическому подтверждению или даже проверке на правдоподобие на основе клинического опыта. С одной стороны, такие построения — в отличие от идей и фантазий, могущих служить основой для научных исследований, — совершенно непостижимы, но с другой — ими без всяких оснований руководствуется терапия. Многие психоаналитики считают, что могут обосновать свои идеи, сославшись на *мифологию влечений* Фрейда. Приведем его знаменитое ироническое и философское высказывание.

> Теория инстинктов — это наша, так сказать, мифология. Инстинкты — это мифические сущности, величественные в своей неопределенности. В нашей работе мы не можем пренебречь ими ни на минуту, при этом никогда не обладая уверенностью, что ясно их видим (Freud, 1933a, p. 95).

Этим фразам мы приписываем несколько разных смыслов. Влечения не видны ясно, потому что скрыты в биологическом бессознательном. По Фрейду, психика ощущает только их производные, а именно в той степени, в какой они, как мысленные или чувственные представления, становятся осознаваемыми или выведенными из предсознательного на основе симптомов. Влечения величественны, как мифические существа, в том смысле, что они могущественны, как герои, олицетворяющие все человечество, или мифические боги. Согласно теории влечений Фрейда, научному изучению доступны их эффекты. Например, можно косвенно продемонстрировать клинически бессознательные эдиповы желания, по крайней мере в том, что касается к ним относящихся взаимосвязей (Grünbaum, 1984; Kettner, 1987). В этом Фрейд следует постулату Маха о теории науки; Мах не занимался влечениями и тем, какова сущность движущих ими причин, но требовал, чтобы причинные связи изучались на основе систематического причинно-следственного анализа (Cheshire, Thomä, 1991).

Данная теория влечений, как и многие другие теории, насыщена мифологией натурфилософии, восходящей к древнегреческим философам, что подчеркивал сам Фрейд. Эта натурфилософия несет в себе — в своем дуалистическом понимании любви и ненависти — глубокие человеческие познания, придающие смысл концепциям, которые были бы без этого эмпирически ложными. Спору нет, что Фрейд — сторонник просвещения — не преследовал цель возродить мифологизацию в форме фаль-

шивых теорий причинности. В конце концов, пациенты имеют право лечиться на основе теорий, поддающихся проверке. У вопроса о замене мифологического способа мышления теоретическим обоснованием есть две стороны. Во-первых, мифологический элемент в субъективных теориях болезней нужно прояснить научно с помощью причинных связей. Во-вторых, освобождение научной теории от мифологического элемента — это общепринятый признак прогресса. Если согласиться с различием между теорией и мифологией, то не остается возражений против обращения к мифологическим способам выражения ради более живых описаний. Фрейд свободно этим пользовался. Если же игнорировать разницу между мифологией и теорией и буквально воспринимать онтологический язык и наивный реализм метапсихологии, тогда идеи Фрейда превращаются в свою противоположность. Фрейд называл метапсихологию, которая, как полагают, должна создать объяснительные рамки, включающие магию, легенды, сказки, мифологию и религию в научную *теорию*, знахарством, и более чем печально, что подобная метапсихология остается верна своей традиционной знахарской природе.

Сутью фрейдовской модели научного объяснения является, конечно, не мифическая природа влечений, какими бы они ни были, а демонстрация причинно-следственных связей (Kerz, 1987). Другой вопрос, что теория инстинктов Фрейда содержит элементы натурфилософии, которая превратилась или возвратилась в мифологию.

Интерпретация соматических болезней удовлетворяет стремлению человека к смыслу, усиливающемуся перед лицом неизлечимых и неотвратимых заболеваний. Соответственно, проблема смерти становится отправной точкой для различных частных или социально обусловленных идеологий. Подобно этому, в анимизме, как писал Фрейд в работе «Тотем и табу» (1912/13), человек приписывал душу неживой природе, поддерживая этим свою веру в жизнь после смерти.

Приводит это не только к свойственной всем людям тенденции считать себя мерой всех вещей. Нарциссизм может настолько неразрывно сплестись с научным методом или с терапией, что последняя начинает казаться универсально применимой. И тогда проследить развитие серьезных или смертельных заболеваний — например, психических болезней или рака — на самых ранних стадиях в начале жизни будет означать принятие интеллектуального метода анимизма. Фрейд писал: «Это не просто дает объяснение определенному явлению, это позволяет нам охватить всю вселенную как единицу, с одной точки зрения» (Freud, 1912/13, p. 77).

Разветвление медицины на разные области знания и неизбежная, все увеличивающаяся специализация создают возмож-

ности для развития диагностики и терапии во всех этих областях. Однако, по мере того как увеличивается специализация и в связи с различного рода опасностями и трудностями, подстерегающими человеческую жизнь, растет и наше стремление к единству и цельности. Мы ищем рай в мечтах о прошлом: потеря цельности после грехопадения человека дала нам время и смерть вместе со знанием.

9.10 Тело и психоаналитический метод

Тело доступно психоаналитическому методу непосредственно через *телесные ощущения*, не становясь при этом объектом медицинского обследования. Поэтому для тех психоаналитиков, которые являются по образованию врачами, тем более если они работают в психосоматической медицине, важно не терять умения распознавать и лечить соматические болезни. Каждый специалист сталкивается с проблемой, как сохранить свои общие или специальные медицинские познания, когда нет возможности их регулярно применять.

В своей деятельности специалисты-психоаналитики встречаются с теми же общими проблемами, что и все специалисты. Общие практикующие врачи, как это видно уже из названия их специальности, обладают знаниями обширными, но не достаточными для того, чтобы быть специалистами в какой-либо одной области, узкие же специалисты, наоборот, слабо ориентируются в общей медицине. В результате специализации и узкой специализации эксперты постоянно узнают все больше и больше о все меньшем и меньшем. Но это ироничное замечание будет верным, если только обойти вниманием тот факт, что даже очень конкретное научное исследование продолжает находиться в неразрывной связи с большими, фундаментальными проблемами, которые выходят далеко за пределы одной дисциплины и требуют междисциплинарного сотрудничества. Как видно из раздела 1.1, психоанализ особенно зависим от обмена информацией с другими науками о человеке. Это, конечно, не отражается никак на том факте, что психоаналитический метод, если он применяется как терапевтическая техника, обращен к психическим переживаниям пациента, а не к его телу. Сравнение различных методов не должно ограничиваться только теми явлениями, которые остаются вне поля применения данных методов; такие сравнения не должны упускать из виду, что индивид — это единое целое. Все это осложняет дело, вследствие чего — вдобавок к методологическим ограничениям — на нужды пациента как единого целого аналитик адекватно реагирует лишь иногда и только в своем кабинете. Осложнения вызваны несоответст-

вием желаемого внимания к единству «тело — душа» и реальностью. Тезис этот основывается на антропологическом положении о том, что человеческое существо — это некое целое, становящееся явным только в холистических ожиданиях, которые он предвосхищает в сознательных и бессознательных фантазиях и дефицит которых всегда испытывает. Эта дефицитарность человеческой природы долгое время заставляла философскую антропологию описывать человека как двуликое существо, которое к тому же обладает избытком фантазии. Отсюда с неизбежностью следует разочарование, которое особенно велико там, где методология оставляет за скобками целые явления или же, из-за очевидного несовершенства человека, дефицитарны методики.

В кабинетах психоаналитиков у пациентов воникают очень интенсивные и своеобразные холистические ожидания; они направлены как в прошлое — к потерянному раю, существовавшему до сепарации, травмы и осознавания, так и в будущее — к утопии. Наш опыт позволяет сказать, что «предел доказывает мастерство», то есть заслуживает уважения тот психоаналитик, который, осознавая ограниченность своего метода, применяет его, несмотря на связанные с этим проблемы. Но никогда этот предел не был границей перехода к телу, которое в сознательном и бессознательном опыте представлено в качестве *образа тела*. Отсылаем читателя к разделу 9.2.1 («Конверсия и образ тела») и подчеркиваем, что возникновение образа тела — одна из областей психоанализа и что образ тела играет решающую роль в терапии. Психоаналитики определяют различные грани образа тела, серьезно анализируя телесные ощущения пациента. И все же этот образ тела, включая объединенные в нем или конфликтующие бессознательные и сознательные идеационные представления, явно отличается от понятия *тела* в современной медицине.

Психосоматические явления влияют на то субъективное восприятие индивида, которое в виде чувства тела тесно связано с образом тела. Опираясь на эту область психоанализа, можно распознать и даже уменьшить влияние психики на телесные явления. Сложные вопросы, требующие внимания разных специалистов, поднимают проблему интеграции и ответственности. Мы считаем, что аналитик должен заботиться о том, чтобы его пациенты получали такое же лечение периодических или хронических соматических заболеваний, какое он прописал бы в подобных случаях для себя или членов своей семьи, потому что только такое отношение — путь к самой доступной и эффективной терапии. Роль, которую аналитик с медицинским образованием может сыграть в каждом отдельном случае, зависит как от методологических критериев, так и от оценки аналитиком

своей компетентности. Всерьез принимая соматические болезни, вместо того чтобы психологизировать их с безответственностью панпсихологизма, и работая с субъективной теорией болезни, которую создал себе сам пациент, мы поощряем самое широкое распространение психоаналитического метода. Польза, которую принесет психоаналитик в лечении соматического заболевания, будет гораздо больше, если он исходит из субъективного состояния и образа тела пациента, а не из ложно понятого принципа отстраненности и нейтральности.

С проблемой назначения психотропных препаратов аналитик чаще всего сталкивается при лечении тяжелых состояний тревоги, пограничных случаев и психозов. Даже опытные в фармакотерапии аналитики неохотно прописывают бета-блокаторы или бензодиазепины больным с тревожным неврозом. Они опасаются, что при такой терапии может стать невозможным анализ переноса, однако они забывают, что отказ может возыметь худшее и более продолжительное побочное действие. Дополнительные проблемы для некоторых пациентов может создать и разделение медицинских функций между разными лицами, особенно для тех, кто и так страдает от расщепления. В одной из своих малоизвестных публикаций Остов делает следующие верные наблюдения:

> Но хотя такое однообразие и желательно, существенно лишь то, чтобы все взаимодействия с пациентом были обдуманны и контролируемы, чтобы фантазии противопоставлялась реальность. Например, всякий аналитик без колебаний предоставит пациенту с серьезной депрессией больше поддержки, больше времени или больше тепла, чем он делает это обычно. К тому же назначение пациенту лекарств имеет бессознательный смысл, который можно анализировать с тем же успехом, что и бессознательные смыслы других затейливых и случайных особенностей терапевтического контакта, таких, как расположение мебели в кабинете, имя аналитика, договоренность об оплате лечения, болезнь и т.п. (Ostow, 1962, pp. 3—4).

Подобная гибкость позволяет аналитику лечить и очень тяжелых больных, хотя экономические доводы Остова о механизме действия психотропных препаратов несостоятельны. Безусловно, психофармакологическое лечение нужно рассматривать в рамках лечения аналитического, особое внимание уделяя проблемам зависимости. Многие представители биохимической школы в психиатрии выписывают психотропные препараты, не обращая внимания на первичный, психический источник тревоги (см. разд. 9.1). Общих рекомендаций о том, кто должен выписывать лекарство при совместном лечении, дать невозможно из-за недостаточного количества контролируемых исследований (см.: Klerman et al., 1984).

Несоответствием холистических ожиданий пациента, с одной стороны, и неполноты специальных методов, с другой, мож-

но продуктивно воспользоваться. И наоборот, исключенное тело, кажется, мстит психоанализу, подобно исключенным из семьи ее членам, которые ищут себе адвокатов среди семейных терапевтов. Однако какого тела адвокатами являются терапевты тела?

Возрождение тела в терапии тела идет от *образа тела*, как это видно из информативной книги Брэхлера (Brähler, 1988). Объектом энтузиазма Мозера (Moser, 1987) тоже является образ тела в терапии тела; распространению подобного рода терапии явно способствовало *исключение* тела при некоторых формах терапевтической отстраненности, которая, к сожалению, представляет собой нечто большее, чем изображаемая Мозером карикатура. По многим причинам мы разделяем его критику, хотя и не можем согласиться с его выводами.

Согласно наблюдениям Бенедетти (Benedetti, 1980), Шнайдера (Schneider, 1977), Вольффа (Wolff, 1977), Аренса (Ahrens, 1988) и нашим собственным исследованиям, у пациентов с соматической симптоматикой после периода лечения развиваются аффективный резонанс и активная фантазия, количественно и качественно сопоставимые с этими показателями при лечении неврозов. Таким образом, проблемы терапевтической техники, которые описаны у Макдугалла (McDougall, 1985, 1987) и Мозера, упираются не в алекситимию. И безусловно, логично было бы по крайней мере попытаться заняться терапией тела, если в довербальной фазе развития был дефицит, который можно было бы скомпенсировать. Как показали Мозер (Moser, 1987) и Мюллер-Брауншвайг (Müller-Braunschweig, 1988), аналитики ни в коем случае не должны полностью подчиняться табу воздержанности, строгое следование которому было отчасти всего лишь веянием времени.

Теоретические соображения ограничивают нас в нашем желании преступить некоторые пределы. Успех или неуспех анализа зависит от стольких условий, что никак нельзя сваливать неудачи стандартной техники при лечении «психосоматической структуры» на гипотетические младенческие нарушения. Нет даже единого мнения относительно феноменологического уровня диагностики, которое выходило бы за рамки согласия отдельного исследователя с самим собой, не говоря уже о расхождении взглядов на реконструкцию причинной обусловленности. Более того, наша собственная позиция не позволяет нам делать шаги в терапии, если мы уверены, что стоящая за ними теория неверна. Однако из неверных теорий возникают порой полезные терапевтические приемы. Например, можно себе представить, что терапевт тела мог бы сотворить чудо, если у его пациента длится не один год сильная фрустрация. Это не имеет никакого отношения к травмам на первом году жизни, не означает это и их

компенсации с новым началом. Это доказывает лишь то, как опасно фрустрировать пациента, вместо того чтобы дать ему возможность справиться со своими переживаниями. Что бы ни вызывало лечебный эффект, но и формирование дефицитов и дефектов самоощущения, гнездящегося в теле, и их переживание — очень сложные вещи. И наконец, тревожно то, что терапевт тела действует на уровне «как будто», осуществляя при этом в определенные моменты отцовские или материнские функции, приписывая им совершенно реалистический смысл. Как происходит переход от уровня «как будто» к более глубокой реальности? Здесь важны не только, среди прочего, эмпирические контакты, но и их значение, или сенсорное восприятие. Точнее, дело в образе тела, а не в теле (объекте научной медицины) — в том смысле, что только чудо может помочь последней отложить на некоторый срок смерть вопреки патофизиологическим или злокачественным процессам.

Где предел для перевода языка тела на язык разговорный? «Симптом как речь — речь как симптом» — достойный внимания заголовок в книге Форрестера (Forrester, 1980) о языке и психоанализе. Конечно, *симптоматика* и *речь* имеют собственную, независимую друг от друга динамику. Поэтому Форрестер для точности добавляет: «Симптом как симптом — речь как речь». Он отсылает нас к далеко идущей неясности, которая с самого начала была составной частью психоаналитической теории. Мы не считаем, что язык симптомов и язык терапии идентичны, хотя Фрейд открыл, что симптом может служить эквивалентом мысли и замещать ее. Эквивалентность должна быть методологически определена в отношении взаимозаменяемости, и это превосходно подходит для определения на практике терапевтических возможностей психоаналитического метода — его предел там, где соматическая симптоматика не поддается *переводу*. Симптомы злокачественного заболевания можно описать словами, но их *объясняют* с помощью научных понятий в контексте причинных теорий. Эти и другие соматические симптомы перевод не превращает в осознаваемые переживания так, чтобы симптомы эти можно было затем объяснить психодинамически. Такие соматические *симптомы* не являются *символами* чего-то еще, несмотря на то что индивид может приписывать какой-то *смысл* своей жизни, страданиям, смерти.

При диагностике и психоаналитической терапии пациентов с соматической симптоматикой нужно придерживаться следующей точки зрения. Часто пациент и аналитик обнаруживают, что соматическая симптоматика находится в связи, например, со стрессовой ситуацией. У здорового индивида в этих случаях возникают целостные переживания. Если взять, скажем, проявления удовольствия, грусти или боли, доступные наблюдению

или интроспекции, то они требуют циклического описания — без выделения стартовой точки. Появление физической боли во время расставания с нежно любимым человеком само по себе не указывает на причины и следствия. Корреляции не определяют, какая сторона взаимоотношения является зависимой переменной, какая независимой, обе ли переменные зависимы. Конечно, нахождение *корреляций* — это предварительное условие для определения *причинных зависимостей* при соматогенных и психогенных состояниях. Мы, таким образом, присоединяемся к мнению Фаренберга (Fahrenberg, 1979, 1981), считающего, что методологически правильно при исследовании психических явлений идти двойным путем (см.: Rager, 1988; Hastedt, 1988).

Высшие процессы жизни, то есть психофизические процессы, связанные с деятельностью человеческого мозга, можно описывать и анализировать в двух разных и неконвертируемых (несоизмеримых и друг к другу несводимых) референтных системах. Каждая из них не вторичное явление, эквивалент, функция или эпифеномен другой, но необходима для адекватного описания и полного понимания другой системы. Эта комплементарная модель категориальных структур отодвигает онтологический вопрос в область метода категориального анализа и исключает идеи психофизического изоморфизма, простых рефлективных или словарных функций, энергетического взаимодействия (психической причинности, психогенеза, влияния психики на синапсы или модули) и физикалистско-материалистического редукционизма (Fahrenberg, 1979, p. 161).

Причинный анализ корреляций между переживаниями, поведением и физиологическими функциями позволяет систематически воздействовать на причинные связи, выделяя отдельные переменные. Именно в этом контексте нужно эмпирически показывать *психогенез* как *причинную* связь, не привлекая к объяснению энергетические взаимодействия, как это следовало из теории конверсии.

В процедурах диагностики с корреляцией между соматической симптоматикой и переживаниями обычно обращаются односторонне. Благодаря тому, что все соматические симптомы могут объясняться соматическими причинами, в медицине все большее место начинают занимать диагностические процедуры исключения потенциальных причин. И так как потенциальных причин, скажем болей в паху, иррадиирующих к гениталиям, или же болей в верхней части живота, может быть много, то они исследуются разными специальностями и многими специалистами. Часто бывает, что обнаруживаются лишь небольшие отклонения от нормы, на которых фиксирует и заостряет внимание пациент, или врач, или они оба. А так как эти попытки найти объяснение могут сопровождаться и терапевтическими советами, то нередко возникает и порочный круг надежд и разочарований. Прежде чем, вследствие одностороннего сомато-психического прочтения корреляций, это произойдет, нужно ус-

петь вернуться к целостному взгляду или хотя бы к нему приблизиться. То, что мы говорим о приблизительности возврата к целому, может читателю не понравиться, однако множество вариантов изъяснения, связанных с методологическим плюрализмом, нельзя сделать *одной* общезначимой семиотикой без огромных всесторонних информационных потерь. Это так же невозможно, как невозможно свести психоаналитический метод к физиологии, и наоборот. Поэтому важно хотя бы частично удовлетворить ненасытную жажду целостности, производя *интегративную оценку* наблюдений и результатов.

Обоснование того, что соматическая симптоматика вторична по отношению к переживаниям, должно быть *позитивным*, а не просто базироваться на исключении других потенциальных причин. Язык тела, обнаруженный Фрейдом у пациентов с истерией, был скрытой, бессознательной формой выражения, которая оказалась независимой от сознания и проявляла себя слепо и капризно. Грамматика чувств, и влечение в частности, которое можно лишь искусственно отделить от познавательных процессов, следует правилам, открытым благодаря психоаналитическому методу. Фрейдовская теория динамического понимания психической жизни, возвысившаяся над описательной феноменологией, обладает способностью помещать символически выраженные интенции в контекст и находить им смысл. Еще важнее связь этой теории с *методологически* обоснованным утверждением о том, что переживание и осознание бессознательных желаний и интенций заставляют симптомы исчезать. Уже в своих «Исследованиях истерии» Фрейд писал:

> Прежде всего, чем глубже проникаем мы в стратифицируемую психическую структуру, которую я описал выше, тем неяснее и труднее становится, как правило, наша работа. Но если нам удастся пробиться к ядру, там забрезжит свет, и не надо бояться, что пациент надолго погрузится во мрак. Но награды за труд, изчезновения симптоматики, можно ждать, только если закончен полный анализ каждого отдельного симптома; и в самом деле, если отдельные симптомы взаимосвязаны многочисленными узлами, частичный успех в процессе работы не будет нас радовать. Благодаря многочисленным причинным связям каждая патогенная идея, от которой еще не удалось избавиться, действует как мотив всех продуктов невроза, и лишь только с последним словом анализа исчезает вся клиническая картина, так же как это происходит с возникающими по отдельности воспоминаниями (Freud, 1895d, pp. 298—299).

Обратное тоже верно; именно из-за этих взаимосвязей — в которых патогенные идеи не разделены, а взаимно усиливают и поддерживают одна другую — терапевтическая работа над одним из узлов, или фокусов, может распространиться на целый комплекс причинных сочетаний. Таким образом, терапевтический эффект психоаналитического диалога распространяется через сеть связей между бессознательными мотивами, так что от-

падает необходимость отдельно именовать каждое желание и развязывать каждый узел. Другими словами, в нашем распоряжении практическое руководство: распространение психоаналитического метода на телесные явления не ограничивается речью, потому что в терапевтический диалог входит и невербальный компонент.

Соматопсихические осложнения смертельных болезней стали частью психоаналитического опыта, когда психоаналитики занялись психотерапевтическими задачами, работая консультантами в палатах интенсивной терапии и в психоонкологии (Gaus, Köhle, 1986; Köhle et. al., 1986; Meerwein, 1987; Sellschopp, 1088). Сюда относятся также и телесные ощущения в особых условиях — знания или предчувствия близкой смерти. Что касается вопросов о смысле, которые задает пациент аналитику на закате своей жизни, то между этими вопросами мы рекомендовали бы делать различия. Абсолютно ясно, что психоаналитическая теория и ее антропологический подтекст отдают дань существованию смерти и не сулят утешения в виде надежды на самоосуществление в грядущей жизни. Перемены, сопровождающие смертельные болезни, касаются распада пространственно-временных границ, что можно выразить, наверное, только аллегорически — тем языком, который и в психоанализе, и вне его употребляет метафоры возвращения.

Эти аллегории дают пациенту косвенное утешение, создавая, например, субъективное ощущение безопасности, которое позволяет легче переносить физический распад (Eissler, 1969; Haegglund, 1978). Аналитик, да и любой врач, отвечает на это как человек, которому тоже предстоит решать окончательный вопрос о смысле жизни и смерти. Нам кажется весьма сомнительным, что аналитик может лучше осветить эти вопросы в теоретических рамках инстинктов жизни и смерти или же объектных отношений. Мы думаем, что аналитики, как и все люди, строят свой контакт с умирающими на своем личном отношении к жизни и к миру и пользуются психоаналитической теорией, включая ее метапсихологию, метафорически и в качестве поддерживающей структуры.

9.11 Результаты

Дискуссия о результатах психоаналитического лечения началась с клинических отчетов Фрейда. Фенихель (Fenichel, 1930) написал о первом систематическом исследовании терапевтических результатов, проведенном Берлинским психоаналитическим институтом. Этот институт был задуман в связи с идеей, которую высказывал также и Фрейд (Freud, 1919j), об объеди-

нении здравоохранения, научных исследований и образования. Позднее деятельность большинства институтов стала ограничиваться исключительно преподаванием. Исследования, которые выполнил Дюрссен в Берлинском центральном институте психогенных заболеваний (Dührssen, 1962), получили в Германии большой резонанс, в частности они повлияли на включение психодинамических и аналитических методов лечения в систему медицинского страхования (см. т. 1, разд. 6.6); однако на практике ведение систематических историй болезни не получило широкого распространения. Одновременно с этим, в русле изучения результатов психотерапии (см.: Kächele, 1981; Lambert et al., 1986), появились методологически приемлемые эмпирические исследования случаев интенсивного психоанализа (Bachrach et al., 1985; Bräutigam et al., 1980; Weber et al., 1966; Kernberg et al., 1972; Wallerstein, 1986; Zerssen et al., 1986).

Многие аналитики уступают исследовательскую функцию институтам. Однако психоаналитический метод вышел из практики, и Фрейд утверждал, что связь между исследованиями и лечением неразрывна (см. т. 1, гл. 10). В действительности же терапевт и ученый преследуют различные цели. Терапевту нужна безопасность, потому что уверенность в своих словах — важный элемент любого психотерапевтического вмешательства (Kächele, 1988a). Преувеличивать положительные данные — одна из его задач, помогающая сохранять способность к действию в клинической ситуации. Ученый же руководствуется другой целью. Его задача — преувеличивать негативные данные, постоянно подвергать сомнению результаты и их объяснение. Боулби подчеркивал:

> Ученому в его повседневной работе необходимо поддерживать высокий уровень критичности и самокритичности; в том мире, где он обитает, никакие экспериментальные данные и никакие теоретические выкладки выдающегося исследователя — сколько бы восхищения ни вызывал он как личность — не защищены от сомнения и критики. Авторитетам здесь места нет.
>
> Для практикующего профессионала это не так. Если он хочет быть эффективным практиком, он должен быть готов действовать так, как если бы определенные принципы и теории были верны, а при выборе подходящего принципа он будет руководствоваться опытом своих учителей. Каждый из нас рискует оказаться под впечатлением той теории, практическое применение которой кажется успешным, однако практики особенно рискуют доверять теориям больше, чем этого заслуживают подтверждающие их данные (Bowlby, 1979, p. 4).

По-видимому, многие аналитики стремятся обрести безопасность после завершения лечения, поскольку в массе психоаналитической литературы наблюдается явный дефицит катамнестических исследований, как это отмечают Шлессингер и Роббинс (Schlessinger, Robbins, 1983, p. 7). Они считают, что важную

роль в этом играют защитные установки самих аналитиков, в том числе то, что они заранее знают, каковы должны быть результаты терапии, и это затрудняет восприятие ими тех процессов, которые с традиционной точкой зрения не согласуются.

Поэтому нам кажется важным включить в книгу, посвященную критическому обзору практики психоанализа, некоторые замечания о природе катамнестических исследований, имеющих отношение к клинике. Критическое изучение последствий терапевтической техники аналитика отвечает нашей собственной заинтересованности в наибольшем благополучии пациента. Проводится оно в процессе лечения, при его завершении и через некоторое время, возможно неоднократно. Каждый аналитик оценивает тяжесть симптоматики в начале терапии и делает условный прогноз на основании психодинамики данного пациента (Sargent et al., 1968). В этом прогнозе содержится гипотеза о причинных связях, и в ходе терапии такой условный прогноз исправляется и расширяется. Эти оценки, отмечающие колебания в процессе лечения, позволяют аналитику подобрать тактику и стратегию лечения отдельного пациента. В определенный момент аналитик делает попытку вывести реалистичный баланс «прихода и расхода». Такой трезвый, экономический подход напоминает нам о пределе возможностей психоанализа.

Конечно, каждый участник стремится оценить результат по эффектам лечения. Оценку может проводить каждый от себя, оба участника вместе, а также третьи лица (например, родственники). Так как, прямо или косвенно, вопрос о терапевтических изменениях является основным, логично провести совместную оценку результатов в финальной фазе анализа. При благоприятном исходе аналитик услышит, что пациент результатами удовлетворен, что симптомы, заставлявшие его искать лечения, исчезли (если они опять временно не оживились в связи с проблемами сепарации) или что он чувствует себя другим человеком, потому что в его характере совершились существенные перемены. Хотя пациенты редко упоминают о способности к самоанализу, о которой мы говорили в первом томе (разд. 8.9.4), они описывают то, каким особым образом они интернализуют функции аналитика и частично продолжают осуществлять их потом в самоанализе. По-настоящему аналитически используют эту способность, видимо, те пациенты, которым проведенная терапия нужна для профессиональной работы.

Как правило, психоаналитическое лечение требует огромных вложений времени и денег. По сравнению с другими областями медицины, количество пациентов, которые могут пройти лечение у практикующего аналитика за 20—30 лет его работы, очень ограниченно. Вот почему наши знания об отдаленных последствиях аналитического вмешательства для психоаналитиче-

ской общественности являются важными корректирующими данными, как пишут об этом Шлессингер и Роббинс (Schlessinger, Robbins, 1983).

Многие аналитики считают отсроченные обследования пациентов нецелесообразными, потому что боятся оживления переноса, который, как они полагают, уже стерся. Подобные опасения безосновательны по нескольким причинам. Из исследований Пфеффера (Pfeffer, 1959, 1961, 1963), продолженных Шлессингером и Роббинсом (Schlessinger, Robbins, 1983; см. также: Nedelmann, 1980), известно, что в позитивных воспоминаниях пациента о помогающем альянсе с терапевтом, которые оживляются при отсроченных интервью, перенос продолжает существовать. Если лечение имело благоприятный эффект, то исчезли те аспекты переноса, которые можно квалифицировать как невротические. Кроме того, аналитик продолжает существовать для пациента как значимое лицо и занимать особое место в его жизненном опыте. Вот почему бывшие пациенты с легкостью возвращаются к старым способам взаимоотношений и обдумывают эти оживленные отсроченным интервью воспоминания вместе с проводящим обследование третьим лицом или со своим бывшим аналитиком. Несмотря на то что идея о полном исчезновении переноса опровергнута, она не только не умерла, но даже привела в целом к увеличению продолжительности анализа, в частности анализа учебного, начиная с конца 1940-х годов. Балинт (Balint, 1948) называл это суперанализом. Как нам представляется, это связано с предположением, что интенсивный и продолжительный анализ особенно тщательно устранит перенос. Однако в действительности, по-видимому, наблюдается обратный эффект — порочный круг, потому что суперанализ именно у обучающихся аналитиков увеличивает зависимость, усугубляя невротические элементы переноса. При таком анализе у обоих участников развивается особенно сильная идеализация аналитика-учителя и избегание реалистичных оценок, и после окончания анализа у обоих начинается процесс освобождения от иллюзий, который может продолжаться годами и быть весьма обременительным для психоаналитической общественности. Поэтому тот факт, что эта проблема недавно стала объектом подробного обсуждения, можно считать огромным шагом вперед (Cooper, 1985; Thomä, 1991).

Нужно ожидать, что катамнестические исследования будут заставлять нас вносить значительные поправки в те концепции, которые у нас складывались в процессе самого лечения. Эти поправки представляют большую ценность для психоаналитической теории лечения и могут быть как положительными, так и отрицательными (Kordy, Senf, 1985).

9.11.1 Ретроспекция пациентов

Поскольку мы особенно серьезно относимся к взглядам пациентов на наши терапевтические действия, то мы дали некоторым нашим пациентам написанные о них отчеты и попросили их высказать свое мнение. Кроме того, мы получили ретроспективные оценки.

Ниже приводится точка зрения Фридриха Y, о котором мы сообщали в разделе 2.3.1. Он описывает свои симптомы и впечатления о лечении. Для сохранения анонимности нами внесены лишь некоторые изменения.

Возвращаясь к моему психоанализу

Симптомы

Я неоднократно ощущал беспокойство, и это отнимало столько энергии, как будто едешь на машине с нажатым тормозом. Страдая, я не мог разрядить свой гнев на коллегах или близких родственниках; и весь этот груз ощущали моя жена и я сам. Я избегал неприятных встреч и вечеринок, танцев и развлекательных мероприятий. Я откладывал трудные телефонные звонки и визиты. На работе я часто терял над собой контроль, приходил в бешенство, становился агрессивным и однажды избил жену. Я часто уходил в лес. Я был неспособен расслабиться, успокоиться или поиграть с детьми. Я оправдывал себя тем, что многого достиг в жизни, отодвигая семью на второй план. У меня часто возникали проблемы с пищеварением, меня мучили головные боли, простудные заболевания и боли в спине. Мои страдания все увеличивались. Приятель посоветовал мне обратиться к терапевту, у которого консультировался он сам.

Первая беседа

Я пошел со страхом, что меня отправят назад, с полной откровенностью, почти до самообнажения, отдавая себе отчет, что «теперь или никогда», и с сильным желанием ослабить внутренние тормоза. Я хотел, в конце концов, нормальной жизни.

Он принял меня. Он мне понравился. Он выслушал меня очень терпеливо. Я многое рассказал, скинул груз. В нем было что-то живое, опытное, доброе, успокаивающее. Он не давил на меня.

Первая фаза

С ним я обнаружил свою ненависть к матери. Она меня во всем ограничивала, била, угнетала, заставляла быть хорошим. Она погубила моего отца и намеревалась то же сделать со мной

как его заменой. Она использовала мою совестливость и религиозность, чтобы подавить во мне агрессивность и превратить меня в слабака и тряпку. В то же время я признал, что у нее, возможно, не было выбора в силу того, что она была старшей дочерью в семье, рано потерявшей отца, но имевшей очень сильную и энергичную мать и оказавшейся ответственной за сестер. Она впервые отказалась от своих собственных жизненных планов именно после смерти моего отца. Ей пришлось бороться, быть сильной. Но потом она постарела, превратилась из сильной в слабую, из того, кто господствует, в жертву. В течение двух последних лет своей жизни она боялась своих близких, хотела убить себя и была трудным пациентом для семьи, которая о ней заботилась.

В течение последних лет я постарался как-то ей помочь, дать ей хоть что-то взамен. Я смог понять, чем она пожертвовала ради меня. Я понял, пожалел ее и был поражен ее стойкостью. Я смог помочь ей в ее слабости, в беспомощности и в гневе, часто ничем не оправданном. Она умерла спустя сорок лет после конца правления Гитлера. (А как он жила тогда? Мы никогда не могли спокойно об этом говорить. Она всегда отмахивалась от этого, оправдывала себя, находила какие-то объяснения!)

Вторая фаза

Какого отца я потерял и что я потерял вместе с ним? Во время терапевтических сеансов его образ все чаще возникал вслед за образом моей матери. Я никогда не был по-настоящему сыном, мальчиком, я был больше девочкой, как мои сестры. У меня не было образца мужественности в моей борьбе, конфликтах, самоутверждении. Теперь я мог заняться собственной агрессивностью. Я научился лучше владеть собой на работе, сдерживать себя, разрешал себе злиться. Я перестал прятаться в группе, брал на себя ответственность, не избегал конфликтов. Я перестал воспринимать вещи и людей с прежней упрощенностью и бояться, что меня обидят или я обижу других. Я перестал прятаться и больше не стыжусь того, что меня привлекают другие женщины: я могу с этим справиться. Я стал яснее ощущать, когда моя жена страдала от меня или чувствовала недостаток моего внимания. Я стал легче воспринимать ссоры с ней, и это нас постепенно сблизило. Я смог лучше реагировать, когда она была расстроена. Я мог дойти до предела и сознательно сдержать себя — по собственному желанию, а не из угрызений совести или под давлением. Например, моя жена стала важнее для меня, чем другие. Семья чаще важнее работы. Согласиться с чем-то иногда важнее, чем устроить ссору «любой ценой».

Моя сексуальная свобода в отношениях с женой растет, позволяя мне что-то получать, а моей жене что-то для меня сделать. Я смог согласиться с тем, что жене нужно что-то делать и для себя, что ей нужно стать свободнее, избавиться от груза, который я взваливал на нее в течение долгого времени. Даже когда она пришла в ярость после разговора со мной и аналитиком. Мне гораздо легче было принять ее слабость, ведь и у меня самого тоже есть слабости.

Третья фаза: окончание анализа

Над чем я еще хотел работать? Над связью между психикой и телом. Откуда появляются головные боли, боли в спине? Как справиться с болезнями? Как предупредить болезни? Однажды в выходные что-то изменилось. В течение многих недель после психоанализа у меня болело горло, пропадал голос, трудно было петь, говорить, в том числе и на работе. Я сообщил окружающим о своем лечении и посоветовал и другим избавиться от подобных проблем. Я перестал уклоняться от конфликтов со своими коллегами, начал защищать себя, даже сам провоцировал ссоры. Было утомительно сталкиваться с сопротивлением и враждебностью. Я стал сильнее, бескомпромисснее, помогал другим, например угнетенным — в письмах против апартеида и расистов. Я не только возмущался, но и активно боролся, несмотря на риск, против «злых духов», таких, как наркомания, расизм, фашизм. Я все чаще спрашивал других: «Хотите быть здоровыми? Если нет, я скажу вам, в чем состоит ваша болезнь. И держитесь от меня подальше, мне нет до вас дела, особенно до ваших неврозов». Я скорее не церемонясь вырезал бы гниль из яблока, вскрыл бы язву — и конец болезни.

Как я воспринимал моего врача

Он был всегда терпелив. Умел помолчать. Но мог быть и жестким, не давая расслабиться. Он часто задавал вопросы, касающиеся мелочей, таких, как жесты, приветствия, пропуск встречи или недоговоренность. Он осторожно касался моих снов и часто подводил меня к пониманию их значения. Он был инициатором того, что лечение окончилось довольно рано (к счастью, не так рано, как я сам однажды вознамерился его оборвать).

И даже после того, как лечение было окончено, он держал свою дверь открытой для меня. Он разрешил мне не очень-то щадить его (иногда я хотел «избавить» его от некоторых вещей, но он мог сам о себе позаботиться). Когда мне удалось с его помощью преодолеть свою излишнюю скромность и действовать с большей уверенностью в себе, стоимость лечения уже не казалась мне таким бременем. Я сознательно решил, что могу

себе позволить лечение (которое не было слишком дорогостоящим, так как покрывалось из медицинской страховки), и теперь рад, что стал таким здоровым психически и физически.

Этот ретроспективный отчет был написан через год после окончания психоанализа. Последующие события подтвердили, что пациент научился в ходе лечения тому, как решительно изменить свою жизнь.

Терапевтические учреждения, желающие обследовать большее количество пациентов, не прибегая к помощи чересчур сложной методики, могут использовать вопросник, разработанный Страппом с коллегами (Strupp et al., 1964). Подобная процедура позволяет пациенту сделать ретроспективную оценку своего лечения с различных точек зрения.

В нашем собственном исследовании (Kächele et al., 1985b) мы отдали предпочтение методу опроса группы из 91 пациента, которые прошли различные виды лечения. На шкале от 1 до 6 (от лучшего к худшему) средняя оценка за «чувство полного удовлетворения от лечения» была 2,2. Явно противоречивый вопрос «Чувствуете ли вы необходимость смены метода лечения?» дал показатель 3,1 и имел следствием самые различные ответы, указывающие на явную двойственность. Хотя 36% пациентов были глубоко удовлетворены и 27% просто удовлетворены, что соответствовало 2/3 всех опрошенных во многих обследованиях, достаточно значительная часть пациентов считала, что им необходимо сменить лечение. По нашему мнению, эти явно противоречивые оценки выражают очень дифференцированное мнение о том, что не все их цели были достигнуты, но что и не все было возможно. Эта мысль имеет прямую связь с ответами, касающимися связи между стоимостью и результатами лечения, которые одобрили 1,7% человек. Способность признать публично важность для себя психотерапевтического лечения выражается тем фактом, что 72% пациентов, по их признанию, рекомендовали бы психотерапевтическое лечение близкому другу в случае необходимости.

Большое практическое значение имеет и такой результат, когда оценка терапевта пациентом происходит по критериям «сочувствие и принятие» и «доверие и уважение», она дает возможность судить, насколько пациент удовлетворен лечением. Даже без углубленного изучения результатов психоанализа такое исследование подтверждает, что позитивное структурирование терапевтических отношений является необходимым, хотя и не достаточным условием для удовлетворения результатами лечения, к которому стремятся как психоаналитик, так и пациент. Еще недавно широко распространенная и циничная точка зрения о том, что почтение к психоанализу со стороны пациентов есть

следствие только финансовых затрат и потому самообмана, к счастью, отпала с введением системы страхования психотерапевтического лечения. Поэтому мы исходим из того факта, что пациент дает реальную информацию.

Помимо мнения самих пациентов, каким бы путем оно ни было получено, есть еще вопрос, которым должен задаваться каждый психотерапевт: «Доволен ли я сам?» Это решающий вопрос, ибо это вызов профессиональному Я-идеалу. Субъективный опыт пациента не может быть достаточным основанием для довольства психоаналитика; он должен, кроме того, выяснить, есть ли ощутимая связь между курсом лечения и его результатом, с одной стороны, а с другой — понять природу происхождения и развития симптомов и черт характера в соответствии с теорией, которой он придерживается. На конечном этапе ему придется спросить себя, какие цели он ставил перед собой в начале лечения и каких из них удалось достичь. Эта перспектива не исключает того, что пациент остается ответственным за себя. Однако психоаналитик должен обосновать свои методы и результаты для себя и профессиональной группы, к которой принадлежит.

В основе аналитической оценки специалиста должно быть сравнение записей, сделанных в начале лечения, с записями, которые делались в его конце. Значительные изменения в явных и предполагаемых целях терапии обнаруживаются особенно часто в ходе длительного лечения. Мы обоснованно полагаем, что нет смысла проводить психоанализ без некоторой цели и что психоаналитическая практика способствует утверждению той истины, что цель — это результат процесса. Серьезной ошибкой является мнение, будто психоаналитики могут дистанцироваться от конкретных целей, связанных с особыми ценностями (см. т. 1, разд. 7.1). Бройтигам (Bräutigam, 1984) выступил с критическим обзором тех изменений, которые произошли с целями в истории развития психоанализа, справедливо сославшись на то, что присущие терапии задачи (цели) — например, расширение сознания, эмоциональная разрядка, регрессия — приобретают все более важное значение. Для описания психоаналитической работы порой — ради создания впечатления ценностной нейтральности — использовалось выражение: «Где было Оно, там должно стать Я», ибо оно явно указывает на этиологические, патогенетические основы лечебного процесса. В рамках структурной модели это означает, что Эго (Я) обретает больший контроль над Ид (Оно), что изначально в топографической теории выражалось как более свободный доступ к бессознательному. Психоаналитическая цель структурных изменений связывалась с этим движением от Оно к Я.

Со времени глубоких размышлений Валлерстейна (Wallerstein, 1986) над значением результатов проекта психоте-

рапии Меннингера вопрос о том, как «структурные» изменения можно отличить от изменений поведения, связан, в частности, с проблемами методологического характера. Нельзя придерживаться точки зрения, будто исключительно психоаналитическая методика позволяет проникнуть в сущность и обеспечивает структурные изменения. Согласно определению, разделяемому Рапапортом (Rapaport, 1967 [1957], p. 701), эти структуры являются психическими процессами, медленно претерпевающими изменения, которые мы можем лишь предполагать, но которые обнаруживаются только в поведении и опыте. Процитируем следующие краткие комментарии обширного клинического отчета Валлерстейна, возможно, самого исчерпывающего исследования в теории психоанализа.

> Результаты лечения пациентов, выбранных таким образом, чтобы они либо подходили для психоанализа, либо соответствовали различным смешениям экспрессивно-поддерживающих психотерапевтических подходов, в конце концов обнаружили тенденцию к сближению, а не к расхождению результатов. В течение всего курса лечения использовалось больше поддерживающих элементов, чем предполагалось первоначально, и эти поддерживающие элементы объясняли большее число перемен, чем ожидалось. Природа поддерживающей терапии — или, вернее, поддерживающих аспектов любой терапии — в рамках психоаналитической концепции заслуживает гораздо более уважительного анализа, чем это принято обычно в психоаналитической литературе... Виды изменений, достигнутых этой когортой пациентов главным образом на основе противоположных поддерживающих техник, часто не различаются в терминах так называемых «реальных» или «структурных» изменений личностного функционирования (Wallerstein, 1986, p. 730).

Мы предпочитаем формулировку Фрейда в работе «Анализ конечный и бесконечный» (Freud, 1937c, p. 250), которой он ясно описывает операциональную задачу любого лечения: «Дело анализа — сохранить по возможности лучшие психологические условия для функционирования Я; этим он исчерпывает свою задачу». Такой подход дает ясно понять, что психоаналитик не должен забывать о различии между жизненными целями и целями лечения, на которое ссылается Тихо (Ticho, 1972).

До сих пор психоаналитики мало что делали для того, чтобы обсудить цели лечения с пациентами на начальном этапе. Похоже, многие опасаются, как бы пациент не предъявил тогда чрезмерные требования к психоаналитику относительно выполнения им обещания достичь этих целей.

9.11.2 Изменения

Итак, каковы цели лечения и как они отличаются от жизненных целей? Мы бы хотели прояснить этот вопрос путем подробного разбора изменений, которые произошли в ходе психоана-

лиза с одной пациенткой, Амалией Х. Мы дали оценку этим переменам с различных сторон, так как этот случай изучался особенно интенсивно в различных программах в рамках исследования психоаналитических процессов, проводимого Германским исследовательским советом (Hohage, Kübler, 1987; Neudert et al., 1987; Leuzinger, 1988).

Поскольку значительное место в субъективном понимании причин невроза пациентка отводила своему гирсутизму (волосатость, патологическое оволосение женщин. — *Перев.*), мы начнем с рассмотрения состояния этого соматического нарушения, в котором выделим специфические параметры, определившие задачу. Гирсутизм, возможно, имел двойное значение для пациентки. С одной стороны, он мешал ее — и без того проблематичной — женской идентификации, постоянно «подпитывая» бессознательное желание быть мужчиной. Для нее женственность не только не имела никакого позитивного содержания, но ассоциировалась с болезнью (ее матери) и дискриминацией (по сравнению с братьями). Ее волосяной покров появился в подростковый период, когда половая идентификация в любом случае неустойчива. Мужские признаки на ее теле в виде волос способствовали развитию у пациентки эдипова комплекса, выражающегося в зависти к пенису. Конечно, этот комплекс уже был заложен как неразрешимый конфликт, иначе бы он не проявился столь остро. Его признаки можно проследить в отношениях пациентки с ее двумя братьями, которыми она восторгалась и которым завидовала, хотя и испытывала с их стороны дискриминацию. Пока пациентка фантазировала об осуществлении желания иметь пенис, рост волос на теле поддерживал ее представления о себе. Однако иллюзия исполнения выдуманного желания приносила облегчение, лишь пока пациентке удавалось ее поддерживать, что было невозможно в течение долгого времени, поскольку рост волос на теле не делает из женщины мужчину. Это вновь поставило проблему половой идентификации; именно на этой основе все когнитивные процессы, связанные с женской самоидентификацией, стали источником внутреннего конфликта пациентки, что приносило ей страдания и вызывало защитные реакции.

С другой стороны, ее волосатость приобрела характер вторичного симптома, который оправдывал для пациентки уклонение от сексуальных ситуаций. На сознательном уровне она не отдавала себе отчета в такой функции своего симптома.

Исходя из всего этого, можно определить два ориентира для успешного лечения. Пациентка была не в состоянии вступить в социальный и сексуальный контакт до тех пор, пока она, во-первых, не обретет достаточно устойчивой половой идентификации и не преодолеет своей внутренней незащищенности и, во-

вторых, не избавится от чувства вины по поводу своих желаний. Оба условия этого прогноза подтвердились. Амалия X значительно повысила свои способности к установлению взаимоотношений и прожила со своим партнером довольно долго, не испытывая никаких симптомов. Ее чрезмерная совестливость смягчилась, хотя требования, которые она предъявляла к себе и окружающим, все еще оставались очень высокими. В беседах она стала живее, было очевидно, что она получает больше удовольствия от жизни. Можно ли связать эти перемены с тем, что оба вышеупомянутых условия утратили свое значение в результате ее психоаналитического лечения? Мы ответили на этот решающий вопрос утвердительно, хотя здесь у нас нет возможности обсуждать причины подробно. Доказательство структурных изменений требует подробного описания психоаналитического процесса. Мы можем сказать в заключение, что, несмотря на наличие мужеподобного волосяного покрова, Амалия X — в соответствии с прогнозом — обрела женскую идентификацию и освободилась от мучительных страданий и тайного чувства вины по поводу своей сексуальности.

Результаты психологических тестов, проведенных для проверки успехов в начале и после окончания лечения, а также как часть обследования двумя годами позже, подтвердили клиническое заключение ее психоаналитика о том, что лечение было успешным. Сравнение профиля по Фрайбургскому личностному опроснику (подобному MMPI) показало, что ценностные ориентации в конце лечения гораздо чаще отвечали норме и гораздо реже достигали крайних значений, чем в его начале. Эта тенденция стала более очевидна во время последующего наблюдения.

Особенно по показателям, которые говорили о том, что пациентка до крайности (стандартное значение 1) раздражительна и нерешительна (шкала 6), очень (стандартное значение 2) уступчива и умеренна (шкала 7), очень замкнута и скованна (шкала 8), эмоционально крайне неустойчива (шкала N), — пациентка вернулась к норме.

По некоторым шкалам, пациентка явно отклонялась от нормы в позитивную сторону. Амалия X описывала себя психологически менее тревожной (шкала 1), более удовлетворенной и уверенной в себе (шкала 3), более общительной и активной (шкала 5) и более экстравертированной (шкала E). Стандартное значение 8 на шкале 2 в конце лечения заслуживает особого внимания, поскольку оно показало, что пациентка ощущает себя спонтанно очень агрессивной и эмоционально незрелой. В данный момент она все еще беспокоится по поводу своих агрессивных импульсов, которые не может полностью контролировать, как в начале лечения. Во время последующего наблюдения это качество вернулось к норме. Похоже, что пациентка постепенно обрела способность больше не бояться агрессивных всплесков. Обращает на себя внимание также крайнее значение на шкале 3 в контрольных тестах. Амалия X, чье желание лечиться было прежде всего результатом подавленного настроения, описывает себя как удовлетворенного собой человека.

Результаты Гиссенского теста Я-образа (Giessen Test of Imputed Image of Others) для пациентки были в рамках нормы во всех трех пробах. Бекманн и Рихтер, которые разработали эту методику, прокомментировали это следующим образом: «Основная идея тестирования состоит в том, что огромное значение придается тому, как тестируемый описывает себя в психоаналитически соотносимых категориях» (Beckmann, Richter, 1972, p. 12). Для Амалии X

значения с наибольшими отклонениями от нормы просто показывают, что первоначальная самохарактеристика указывала на депрессивное состояние (шкала HM vs DE) и что заключительная характеристика говорит о доминантности (шкала DO vs GE). Профили демонстрируют сдвиг, говорящий о том, что пациентка ощущает в себе больше самообладания, меньше компульсивности, меньше депрессивности и больше открытости (больше способности к контакту). При последующем исследовании ее образ себя не обнаруживал сколько-нибудь приметных отклонений от нормы.

Примечательно, что в начале лечения у психоаналитика сложился более тревожащий образ пациентки (Giessen Test of Imputed Image of Others), чем у нее самой. В его глазах она была гораздо более скованна, подавленна, компульсивна и необщительна. По этим параметрам образ других был за пределами нормы. Согласно точке зрения Зенца и его сотрудников (Zenz et al., 1975), такие явные расхождения часто наблюдаются после первого собеседования. Эти расхождения исчезли в конце лечения, когда психоаналитик счел, что она так же здорова, как считала себя сама. Гораздо большие различия сохраняюся только на двух уровнях, где психоаналитик видит ее более привлекательной и желанной, как и более скованной, чем считает она сама.

Результаты психологических тестов подтвердили оценки психоаналитика, и последующее наблюдение свидетельствовало о продолжающихся позитивных тенденциях развития в постаналитической фазе.

Большой интерес для психоаналитической теории изменений представляют также процессуальные изменения, которые проявляются в том, насколько пациент способен структурировать психоаналитический процесс (Luborsky, Schimek, 1964). Этот вопрос изучался в отношении данной пациентки в рамках проекта, в котором специфические психоаналитические критерии изменений были отмечены (получены) в связи с реакцией пациентки на сновидения (Leuzinger, 1988). В дополнение к психологическим тестам был проведен теоретически обоснованный контент-анализ буквальных протоколов начальной и завершающей фаз, с тем чтобы определить, как менялись когнитивные процессы пациентки при обсуждении ее снов. Клинические оценки и результаты тестов на изменения познавательного про-

цесса нашли подтверждение в такого рода индивидуальном анализе.

Изучение частного случая того, как пациентка страдала из-за самой себя и окружения, выявляет поучительную с клинической точки зрения тенденцию.

Взаимоотношения пациентки были относительно постоянны в первой половине лечения. В ходе психоанализа она прежде всего была сосредоточена на себе и своем внутреннем мире, как ясно демонстрирует характер симптомов, которые она описывает в ходе сеансов. Эритрофобия, зависимость от родителей и подавление собственной сексуальности не позволяли активной конфронтации с окружением. Эта фаза лечения закончилась 250-м сеансом, ее страдание существенно уменьшилось. Во второй половине лечения оно усилилось вновь. Лечение сопровождали острые споры с партнерами противоположного пола, что было особенно заметно в отношениях переноса (Neudert et al., 1987).

Обследование с использованием «эмоционального инсайта» в качестве критерия изменений также подтвердило позитивный результат этого лечения.

Если первые восемь сеансов этого психоанализа сравнить с восемью последними, будет видно, что замечания пациентки отражают ее более яркие ощущения. В противоположность начальной стадии лечения, когда она интеллектуально отчуждалась от своих текущих переживаний и предавалась размышлениям, на последнем сеансе пациентка смогла погрузиться в свои переживания, не теряя способности критически размышлять. Условия продуктивности «эмоционального инсайта» выполнялись, таким образом, гораздо лучше (Hohage, Kübler, 1987).

В случае с Амалией X нам удалось продемонстрировать значительное соответствие между клиническим описанием изменений и их оценкой с помощью психологического тестирования. Тем не менее важно также понять, что изменение многомерно и различные его направления не всегда согласованы.

9.11.3 Расставание (сепарация)

Как мы подчеркивали во введении, завершение психоанализа не всегда проходит в соответствии со стандартной моделью. Нет ничего необычного в том, что лечение приводит к изменению образа жизни, что, в свою очередь, ведет к завершению психоанализа. Было бы ошибкой противопоставлять внешние и внутренние причины завершения психоанализа и отождествлять внешние факторы с конечным анализом, а внутренние — с бесконечным. С другой стороны, представляется, что глубинное стремление к бесконечному анализу порождает утопическую идею его возможности. Эта фантазия выражается в нереалистическом представлении о том, что завершающая фаза может быть нормативно задумана.

Курт Y, 32-летний ученый, неловкий, неприметный, дружелюбный и вежливый, обратился за помощью, потому что ему все больше стала мешать импотенция. Он уже прибегал к лечению по методу Мастерса и Джонсон, которое дало лишь временное облегчение. Уже в ходе начального интервью пациент сам назвал в качестве причины своей неполноценности, особенно в сексуальной сфере, полученное им в детстве строгое воспитание. У него впервые установились прочные отношения с женщиной, на которой он хотел жениться и с которой, по его словам, они отлично ладили. На службе его ценили как квалифицированного экспериментатора, и он занимал пост в фирме в качестве специалиста широкого профиля; однако, как правило, он помогал делать карьеру другим, в то время как для себя добился лишь скромных результатов.

Во Фрайбургском личностном опроснике были особенно заметны отклонения от средних показателей по следующим параметрам: агрессивность (стандартное значение 7), возбужденность (стандартное значение 3), стремление к власти (стандартное значение 7), скованность (стандартное значение 7) и искренность (стандартное значение 3). К концу лечения изменились лишь показатели агрессивности (стандартное значение 8), стремления к власти (стандартное значение 6) и скованности (стандартное значение 5). Среди них лишь изменение на два пункта в последнем показателе имеет существенную клиническую ценность.

В Гиссенском тесте, однако, два показателя свидетельствовали о переменах. По шкале «неконтролируемость — компульсивность» Т-значение 56 на «компульсивном» краю шкалы сменилось Т-значением 39 на противоположном конце. Впечатляющее изменение зафиксировано и по шкале «непроницаемость — проницаемость» от Т-значения 58 к Т-значению 42 в направлении полюса «проницаемости». Было, однако, отмечено, что явно негативная самооценка Т-30 повысилась только до Т-значения 32.

Тест Роршаха показал лишь минимальные изменения к концу лечения. Далее следует выдержка из заключительного доклада супервизора тестирования:

Пациент быстро реагирует на эмоциональные стимулы, демонстрируя различные виды реакций. Он может поддаться отчасти примитивному и элементарному раздражению, но в то же время при других обстоятельствах взять себя в руки с помощью интеллектуального контроля и улучшившегося осознания реальности. Компромисс, к которому он прибегает, мешает ему полностью продуктивно использовать свой высокий интеллект.

Если вышеупомянутого контроля эмоций оказывается недостаточно, появляются и становятся в каком-то смысле независимыми инфантильная недоброжелательность и завуалированная агрессия. Разнообразные виды эмоционального выражения только тогда приобретают значение, когда ситуация прояснилась и не кажется опасной. Это прояснение происходит прежде всего через обращение к обычному поведению и интеллектуальному, рациональному способу преодоления. Его попытки справиться с частыми и сильными яростными эмоциями, несмотря ни на что, всегда были связаны с усилием, а нередко также с тревогой и неуверенностью.

Ему трудно признаться даже самому себе в том, что он нуждается в привязанности. Не ожидая от других людей ничего, кроме разочарования, он склонен отдаляться от них. Изредка проявляющаяся способность к эмоциональному контакту сцеплена с агрессией, что придает ему черты борца.

Нетрудно понять из этого краткого обзора результатов тестирования по Роршаху, что в сравнении с первоначальными данными за четырехлетний период психоанализа в тестах были обнаружены только начатки структурных изменений. Теперь мы бы хотели перечислить полученные клиническим путем некоторые изменения, которые говорят о наличии существенного улучшения в общей картине состояния этой шизоидно-компульсивной личности. Уже тот факт, что мужчина имел первый сексуальный контакт в возрасте 32 лет, во многом говорит сам за себя. Неудивительно, что его импотенция была следствием жесткого Сверх-Я, сформированного архаичными нормами. В той же плоскости следует рассматривать и его частичную профессиональную импотенцию, состоявшую в том, что он мог работать вполне продуктивно только для других. К моменту начала лечения он годами без видимого успеха работал над диссертацией, которую ему удалось завершить лишь после того, как были проработаны связанные с ней бессознательные агрессивные и грандиозные фантазии (фантазии величия). На предсознательном уровне последние были связаны со страхом стать узурпатором по отношению к начальнику; на бессознательном же уровне все это ассоциировалось с его победой над отцом, чьи достижения были весьма скромными: он дослужился лишь до среднего уровня государственного служащего почтовой конторы. Сексуальное бессилие пациента было в первую очередь результатом материнской интроекции, навязывавшей нерасторжимую связь сексуальности с непристойностью. В течение длительного времени ему никак не удавалось уступить своим желаниям: это непременное условие удовлетворительного сексуального контакта оставалось недостижимой целью. Только в последний год лечения пациент позволил себе осуществить желание проводить с женой больше времени, стремясь к той атмосфере повседневной безопасности и расслабленности, которая облегчала достижение сексуального удовольствия.

Хотя способности любить и работать являются краеугольными камнями в обсуждении психоаналитических целей, не следует упускать из виду тот факт, что как следствие вышеупомянутых перемен этот пациент ощутил ряд небольших изменений, делающих его жизнь богаче: таких, как возможность пойти в кино или почитать перед сном что-либо помимо научной литературы. За месяц до окончания терапии он с энтузиазмом читал «Звездные часы человечества» Стефана Цвейга и сравнивал себя с Гёте в преклонном возрасте, любовь которого, отраженная

в «Мариенбадских элегиях», ясно дала понять пациенту, что «старое сучковатое дерево может самостоятельно помолодеть».

По сравнению с идеалом завершенного анализа это лечение было удручающе неполным. Его прекращение основывалось прежде всего на достаточно реалистичной оценке перспектив Курта Y в науке: было ясно, что в тридцать шесть лет ему не так-то просто найти подходящее место. После очень долгих и мучительных поисков ему предложили место начальника лаборатории в маленьком городке, что и послужило решающим фактором прекращения лечения.

На одном из последних сеансов Курт Y затронул важный для него вопрос: оставит ли он какой-то след в родном городе и, главное, будет ли его помнить аналитик — вопрос, которого до этих пор пациент тщательно избегал.

Он всегда жаловался на «любимчиков» своего шефа, умевших снискать его расположение, в то время как сам он мог лишь безмолвно выражать свою преданность, сидя ночи напролет за компьютером. Возможно, полагал он, для него было бы лучше пожертвовать подобными желаниями (оставить след в городе и сердце аналитика. — *Перев.*), поскольку «когда ждешь поезда, не имеет смысла задавать вопросы, на которые нет ответа». Он рос единственным ребенком в семье и избегал роли «брата» — конкуренции с другими пациентами, поэтому все мои комментарии на эту тему отметались.

На предпоследнем сеансе он говорил о своих ощущениях при тесте Роршаха. У него осталось лишь смутное воспоминание о человеке, проводившем тестирование, но он воспринимал карточки совершенно иначе, чем в первый раз. Он больше не мучился тревожным ожиданием, а, наоборот, ощущал удовлетворение от того, что может контролировать этот процесс и играть с карточками. «Смешной дьявол» навел его на мысль о том, что он может рисовать и что ему особенно бы понравилось рисовать осенние листья во всем богатстве их оттенков. Он добавил: «Раньше все мне казалось серым на сером, а теперь я вижу краски».

Предоставим заключительное слово самому пациенту, процитировав несколько отрывков из протокола последнего сеанса, где он оценивает результаты лечения.

П: Да, что касается моего опыта, то я кое-что беру с собой... Сеансы были... я хотел сказать красиво, но нужных слов не находится. [Пауза.] Я бы просто сказал, что это был опыт, настоящий опыт. Да, я больше ничего не знаю о том, что здесь происходило. Конечно, мне не всегда это нравилось, но, очевидно, это тоже составляет часть ценности этого опыта. [Пауза.]

А: Этот опыт, что бы это могло быть? Чем он отличается от того, что вы могли бы найти в любом другом месте? [Пауза.]

П: Ну, это было почти реальное ощущение, — когда я сюда пришел, — впечатление, что я могу выбраться из тупика, в котором оказался. Да, именно так это можно описать, что здесь мне не надо было стыдиться, испытывать стыд по поводу тупика, в который я себя загнал. И этого было, по-видимому, достаточно, чтобы оттуда выкарабкаться. [Пауза.] А что такое стыд? Думаю, важная часть всего этого — что я смог о нем говорить. Потому что обычно о стыдном не говорят, а уклоняются и прячутся. Здесь мне удалось перестать прятаться. Да, говорить и думать об этом, переживать это — мне кажется, вот что было главным, благодаря чему я выбрался из тупика. Это был, я бы сказал, инструмент, механизм, который я использовал. [Пауза.] Он связан, я думаю, с этим днем. Он напомнит мне о лечении. Что характерно, я не могу на самом деле вспомнить контакты, места и людей. Скорее меня стимулирует ваш голос, да, я бы сказал, это был инструмент, который помог мне избежать тюрьмы. [Пауза.] Я думаю, что наиболее важным было то, что мне дали здесь пространство, в переносном смысле, пространство, которое я, по-видимому, искал, но не мог принять без колебаний. И это пространство, возможно, — знак способности о чем-то говорить.

А: Думаю, что это то пространство, которое вы потеряли или, возможно, о котором даже не знали в том узком, ограниченном, защищенном мире, где вы выросли.

П: Да-да. По крайней мере я потерял большую часть его, и я даже не знаю, знал ли я об этом раньше. А теперь я обрел больше пространства с женой.

А: Возможно, приобретя такой опыт здесь, вы смогли требовать это пространство.

П: Да-да. Скажем, это был долгий и трудный поиск, подлинное открытие, я постепенно постиг, что мне нужно это пространство. Теперь я бы сказал, я могу его потребовать — или что-то в этом роде. «Требование», на мой взгляд, подходящее слово, когда я думаю о том положении, которое хочу занять. Я говорю себе, что могу потребовать пространство. И больше нет неуверенности, когда мне следует быть конкретным. Я потребую, чтобы меня принимали всерьез, и я очень разозлюсь, если этого не добьюсь. И я это получу, я буду за это бороться. Я могу добиться того, чтобы поступать как хочу, действовать как хочу. Это произошло постепенно, почти в конце, когда я сказал себе, что надо привыкнуть к тому, чтобы требовать что-то мне полагающееся. [Пауза.] Да, это произошло постепенно. И когда я сравниваю начало и конец, я больше не ощущаю себя марионеткой на ниточке.

Пациент был очень убедителен в своем утверждении того, что после четырех лет психоанализа он больше не был марионеткой на ниточке. К этому определению всесторонней и радикальной перемены в его самооценке мы бы только хотели добавить мысль о том, что такие перемены связаны с обретением способности наслаждаться физической и умственной деятельностью. Марионетка на ниточке послужила для пациента в конце концов метафорой неодушевленной игрушки, которую заставляет двигаться извне кто-то другой.

10 Специальные темы

Введение

Тема данной главы, безусловно, не совпадает со сформулированной в первом томе как взаимосвязь теории и практики. Многочисленные примеры, приведенные нами, достаточно четко иллюстрируют эту взаимосвязь; более того, клинический учебник не может удовлетворить требованиям, которые современная теория науки предъявляет к гипотезе Фрейда о неразрывности научного исследования и терапии.

Вместо этого в данной главе читатель ознакомится со специфическими проблемами, крайне важными с практической точки зрения. Консультирование, обсуждаемое в разделе 10.1, — только один из таких примеров. Тема религиозности также заслуживает специального внимания в силу как терапевтических, так и междисциплинарных аспектов (разд. 10.3). Далее, как показано на примере «хорошего сеанса», участие в психоаналитическом диалоге специалистов из других областей знания снова возвращает нас к гипотезе о неразрывности научного исследования и терапии (разд. 10.2).

10.1 Консультация

Следуя Секеди (Szecsödy, 1981), мы различаем консультацию — как встречу коллег на равных, где одни дают советы другим по поводу трудностей диагностики и терапии случаев, и супервизию — как средство обучения и тренинга. Супервизия включает пересмотр и оценку. В противоположность консультированию, в котором участвуют добровольно, в супервизии участие обязательно. Три человека втянуты в процесс консультирования: пациент, терапевт и консультант. В супервизии существует также четвертый элемент: учреждение, то есть обучающий институт со своими устоявшимися стандартами, соответствующими национальным и международным нормам.

Благодаря отстраненности от диадического взаимодействия пациент—терапевт, независимый аналитик смотрит на ситуацию

иначе и в некотором смысле шире, чем лечащий аналитик. Консультант стоит вне процессов переноса и контрпереноса, и потому его позиция удобна для того, чтобы терапевт мог осознать последствия и побочные эффекты, связанные с его собственными чувствами и мыслями.

Чтобы попытаться дать более точные, чем до сих пор было возможно, ответы на сложные вопросы по поводу супервизии и консультирования, нужно найти подход, которому была бы присуща и глубина, и многогранность. Ниже мы приводим выдержки из исследования, организованного следующим образом. Было застенографировано десять сеансов подряд. Между каждыми двумя сеансами терапевт консультировался у своего коллеги, опытного супервизора. Перед консультацией тот тщательно изучал стенограмму сеанса и диктовал свои комментарии, которые включал, соответственно их помечая, в текст.

Из комментария коллеги видно, что, в то время как аналитик исходит из своей стратегии вмешательства и из своего понимания случая, сам консультант имеет другую точку зрения на это взаимодействие. Чтобы комментарии консультанта были более понятны, приведем сначала несколько важных пассажей, излагающих понимание супервизии Секеди.

Супервизия создает предпосылки для прогресса в обучении. Путь к этому нелегок и может быть усложнен еще более самим обучающимся терапевтом, и даже самим супервизором. Параллельно с желанием учиться и меняться всегда существует страх неизвестности, стремления к первичному и постоянному — неподвластному изменениям.

Ситуация супервизии весьма противоречива:

— Как правило, обучающийся терапевт — новичок без опыта и большого багажа знаний. Он должен честно и открыто уметь признать это в супервизии и перед самим собой. С другой стороны, он должен быть оптимально хорошим терапевтом для своего пациента.
— В терапевтическом взаимодействии он не только «реальный человек» со своими профессиональными и личностными характеристиками, но также и объект переноса для пациента. Как объект переноса он вынужден выполнять различные и порой чуждые ему роли.
— Во взаимодействии с супервизором терапевт участвует в реконструкции процесса, частью которого является сам. Одновременно он находился в позиции ученика, который должен раскрыться перед супервизором, чтобы тот помог, оценил, обучил.
— Данное положение обучающегося терапевта и супервизора порождает различные эмоции и реакции, рациональные и иррациональные, сознательные и бессознательные. В комнате супервизора «присутствует толпа»: лектор, учитель, эксперт, судья, супервизор, будущий коллега, сотрудник, который полагается на успешное развитие кандидата и его признательность, а также сам кандидат, обязанный принять и сыграть ряд различных ролей.

Супервизор должен знать все эти противоречия и быть готов к ним и к вытекающим из них проблемам. Он должен работать с ними по-разному. На взаимодействие обучающегося терапевта с супервизором влияет

множество факторов: личности пациента, терапевта, супервизора, а также то, как на них воздействует организация, в которой они работают (Szecsödy, 1990, p. 12).

Для успешного развития и возникновения благоприятных изменений крайне важно, чтобы аналитик создал необходимое *пространство*. Образ пространства отсылает нас снова к качествам, описанным Винникоттом с помощью образа «промежуточная территория».

Так как целью является достижение максимальной откровенности, логично, что в супервизии и консультировании особое внимание направлено туда, где терапевт наталкивается на препятствие в развитии либо из-за недостатка знаний об особенностях расстройства пациента, либо по причинам эмоционального свойства, то есть из-за ситуативного или привычного контрпереноса. Секеди заимствовал у Экстейна и Валлерстейна (Ekstein, Wallerstein, 1972) термины «онемение» (немота) и «ошеломление» (окоченение) для описания таких состояний.

Следующее изложение 114-го сеанса терапии Артура Y было дополнено информацией из других протоколов и снабжено комментариями консультанта.

Артур Y начал сеанс с того, что сообщил мне о типичном для него переживании. Недавно он обнаружил, что мог бы расширить свое пространство, увеличив размеры своего кабинета. Для этого он установил деревянные панели. Во время работы он почувствовал тревогу и поймал себя на такой мысли: «Если я сделаю работу плохо, мне не выбраться из хаоса». Он использовал довольно твердое дерево, и при некотором напряжении фантазии в его рисунке можно было усмотреть контур латинской буквы W. Его осенило: «Если W перевернуть, то получится М, а М — это метка убийства[1]. Ну, как в одном фильме тридцатых годов, где человек, совершив убийство, стал называть себя М».

П: Как всегда! Я жутко разозлился на себя. Мне удалось все построить правильно — и тут такая чушь, такая безумная мысль. Вместо того чтобы радоваться, я суетливо обдумывал: стоит ли сменить все панели. Тут я вспомнил, что вас не будет на следующей неделе. Меня охватило чувство покинутости, забытости, зависимости от чьей-то милости, ведь я не могу поделиться этим с кем-то еще — они просто решат, что я с ума сошел.

Комментарий. Пациент сообщил, что завоевал себе большее пространство и после этого столкнулся с опасностью. Для него оказалось невозможным соединить привязанность и независи-

---

[1] Видимо, имеется в виду английское «murder», что значит «убийство». — *Перев.*

мость. Когда он рассердился на терапевта («отца») за то, что тот покидает его, злость приобрела убийственную силу. Терапевт интерпретировал этот симптом в контексте частой смены настроений пациента. И хотя радость, энтузиазм и гордость своей хорошей работой у пациента возросли, настолько же возросло и его самопорицание и самопринижение.

Как было замечено на консультации, аналитик пропустил реплику пациента о том, что он чувствовал себя покинутым, и сосредоточился вместо этого на гордости.

П: Даже не будь этой проклятой буквы М, все равно произошло бы что-нибудь в том же духе. По окончании работы настроение у меня было абсолютно испорчено. Я был зол, просто взбешен! Панели стоят там, где и стояли. Я даже не мог и подумать снова повторить всю работу! Меня бесит эта постоянно скрытая угроза, которую я испытывал уже тысячи или десятки тысяч раз.

А: То, о чем вы только что подумали, кажется мне чем-то новым — я имею в виду усиление вашей ярости.

П: Против того, что мешает мне успокоиться, — что бы это ни было.

А: Гнев на то, что смеет сопротивляться вам.

П: Это вам кажется новым? Разве я не говорил об этом прежде? Ярость совершенно не нова для меня. Я мог бы расколошматить деревянные панели в куски.

А: Прежде это было для меня неочевидно.

П: Я подумал: «Разобью панели». Потом разозлился: «К черту все!» Я не мог убрать со своего пути все, что когда-либо вызывало у меня страх; тогда бы мне пришлось заниматься этим всю жизнь.

Комментарий. Здесь пациент дал ясно понять, как раньше он боролся с дезадаптацией. Он желал сохранить автономию. Он хотел не просто избегать неприятных ситуаций. Он хотел конструктивно использовать энергию агрессивности.

А: Да это настоящая дуэль! Дуэль с жестоким всемогуществом мира, с властью деспотичного объекта, который атакует, подавляя ваш гнев.

Комментарий. Хотя аналитик повернул разговор к центральной проблеме, упомянув интериоризованный конфликт (при вынесении которого вовне пациент не испытывал трудностей), на мой взгляд, было пока несвоевременно переходить к историческим обобщениям. Прежде аналитику следовало бы проработать направленный на него гнев пациента.

П: Вчера, несмотря на весь этот хаос в моей комнате, мы пошли в гости. Этим же вечером сын солировал в церкви на органе.

Уже полтора года мы регулярно ходим в церковь вместе с ним, чтобы ему не оказаться играющим там в одиночестве. Для меня же это еще и возможность следить за тем, как растет его мастерство.

А: И в зале, где ваш сын наполняет пространство музыкой, у вас есть повод испытывать чувство гордости.

Комментарий. Другой упрек аналитику, который оставил пациента и не уделял достаточно внимания его прогрессу. Было бы важно знать, почему аналитик так упирает на гордость? Гордится он собой или пациентом? Не реакция ли это на то, как пациент заполняет пространство, например нашел больше места для себя и даже пожелал заполнить кабинет аналитика?

П: На этот раз мы не могли пойти с ним. Мы были приглашены... За этими метаниями взад-вперед — ломать панели или нет — стоит вопрос не о дополнительной работе, а о том, позволю ли я себе капитулировать перед моим страхом. Когда-нибудь я должен с помощью анализа полностью освободиться от него.

А: Проиграете ли вы или окажетесь победителем — это всего лишь одна сторона медали. Другая же, которая, возможно, покажется вам надуманной, состоит в том, что либо ваш враг — обходительный злодей (учитель-садист в интернате), либо панель — это дьявол. Так что, сокрушив, разбив ее в щепки, вы одержите победу. Скажу больше, вы ведете дуэль и сражаетесь с панелями независимо от того, помогает вам анализ или нет. Вы сердиты на меня и, уходя сегодня отсюда, будете сердиться за то, что снова не сумели справиться с эмоциями, и захотите использовать панели, чтобы разнести в щепки меня.

Комментарий. Пациент говорил о попытке справиться со своими врагами — страхом и зависимостью. Он отстаивал автономию, несмотря на то что хотел сохранить отношения. Существует, таким образом, конфликт между его независимостью и зависимостью, причем конфликт, наполненный злостью и садистской агрессией. Аналитик выдвинул себя в качестве объекта гнева. Почему? Возможно, было бы лучше пролить свет на проблему недостатка автономии пациента, сославшись на относительную свободу аналитика (ребенок—взрослый). Аналитик может безбоязненно принять решение: он может уйти, оставив пациента наедине с его страхами. По-прежнему остается открытым вопрос: почему аналитик не среагировал на реплику пациента о предстоящей разлуке?

П: Я словно в ловушке, нужно найти выход, а время проходит. Вместо панелей могло бы быть все что угодно. Я действительно не понимаю, почему внезапно чувствую тревогу при виде этого узора. Такое впечатление, будто просто пришло время получить очередную порцию страха.

А: Или время разъяриться, почувствовать огромное наслаждение от ощущения гордости. Как тот офицер-эсэсовец [ссылка на события, изложенные в разделе 8.3]. И к тому же в этой гордости есть что-то почти злобное или жестокое, беспредельное высокомерие.

П: Да, даже не знаю. То, что вы мне говорите сегодня, кажется мне очень абстрактным и мешает мне.

А: Да, это абстрактно. Я уже намекал на одну сторону проблемы: когда у вас все в порядке и вы на самом деле счастливы, удовлетворены и горды собой, тогда возникает мысль: «Ну, каков я!» За этой мыслью приходит другая. Она ранит вас. Вы хотите избавиться от нее. Это мысль о том, что помогаю вам я...

П: Вы уже закончили?

А: Да, закончил.

П: Мне кажется [смеясь], что вы остановились на полуслове.

А: Хм.

П: Да, когда мне удается сделать что-то реальное, это вызывает удивление. Долгое время я считал, что неспособен к этому. И когда я вижу дело рук своих, я доволен, но не слишком долго... А сейчас я не могу вспомнить ничего из того, что вы только что сказали.

А: Та мысль доказывает, что я ни на что не способен.

П: [Смеется.] И это должно преисполнить меня гордостью? Не понимаю. Я, так сказать, повис у вас на шее. А если сравнить вас с веткой, на которой я сижу, ладно, сломайся она — я упаду. И это должно преисполнить меня гордостью?

А: Да, то, что я ничего не могу завершить.

П: Но почему вы считаете, что это меня обрадует? Я никак не возьму в толк, что мне это даст?

А: Да, я уже сказал, это не до конца ясно и мне.

П: Меня даже удивляет, что вам в голову может прийти такое. Это было бы правдой только в том случае, если бы я считал вас врагом, только в таком случае мне доставило бы истинное удовольствие обнаружить, что вы ни на что не способны. Я прихожу сюда за помощью, так же как другие приходят к врачу. Никто не будет счастлив, если узнает, что тот, на кого он возлагал надежды, полностью несостоятелен, абсолютный неудачник. Мне кажется, сегодня мы наткнулись на что-то такое... на какой-то узел, что-то у нас сегодня не вяжется.

Комментарий. Пациент предложил аналитику вместе определить, как далеко они зашли в своем диалоге.

А: Да, не вяжется, наткнулись на узел из-за моих мыслей... Я не считаю, конечно, что моя профессиональная несостоятельность может вас обрадовать. Для вас важно, чтобы я делал свое ремесло мастерски. Не это я имел в виду. А то, что су-

ществует антагонизм, сопровождающийся интенсивной борьбой и гневом, когда вы не умеете вкусить удовольствие от собственного успеха. И я пытался ввязаться в эту борьбу между вами и этими панелями.

П: [С легким смехом.] Звучит почти безумно — борьба между мною и панелями. Может, я особенно чувствителен сегодня... Да, ужасно сложная вещь — эмоциональная жизнь. Наслаждаясь жизнью, не ищи шипов — но найди их. Вот как вы могли бы описать мою жизнь.

А: Да, когда шипы впиваются в вас, вы чувствуете боль, затем злость и желание разделаться с ними.

Комментарий. Наиболее болезненно для пациента следующее: «неприятно принимать помощь; яростный и всемогущий, я хочу уничтожить всякого, кто меня покидает и тем самым заставляет мучительно осознавать мою зависимость». Аналитик мог бы успешно проработать это вместе с пациентом. Хорошая тема для консультации.

Консультация

Мы хотели бы представить здесь резюме консультации, в начале которой консультант предложил прояснить, как аналитик мог бы наилучшим образом работать с конфликтом пациента (внутренним противоборством автономии и зависимости). Аналитик подчеркнул, что считает сеанс неудачным, потому что предложил слишком много абстрактных конструкций с целью «придать смысл бессмысленному симптому». Он был неудовлетворен, ибо не сумел показать, что пациент стремился отрицать успех психоаналитика в их борьбе. По этому поводу консультант напомнил аналитику цитату из Фрейда (Freud, 1905e, p. 120), которую тот тоже мог бы знать: «Лучший способ для пациента взять реванш — это продемонстрировать на себе самом беспомощность и несостоятельность врача». Затем вдвоем они восстановили последовательность событий на этом сеансе и согласились, что «узел» — как назвал это пациент — и был задачей данной консультации.

К: Во-первых, я хотел бы услышать: обдумывая происшедшее, испытываете ли вы недовольство? Вы завязали узел — что мы можем с ним сделать? Не могли бы вы подумать в свободном режиме и разобраться в том, что бы вы хотели предпринять?

А: Сейчас я считаю, что одним из аспектов его желания и удовлетворения было разрушение только что сделанного. Это согласуется с той идеей, что посетила меня во время сеанса. Так как объект превращается во врага, которого он побеж-

дает, то одна сторона истины заключается в том, что он создает объект только затем, чтобы его уничтожить.

К: Символически.

А: Конечно. Если я предлагаю ему путь ослабления страха и пытаюсь помешать его навязчивым поступкам, я сдерживаю его наслаждение.

К: Наслаждение разрушать.

А: Да, и когда в следующий раз он приходит после некоторого периода довольства собой, он снова хочет что-то разрушить. В ответ мне, очевидно, хочется сделать нечто, что позволило бы мне убедиться в целости панелей и в том, что он их не разрушит. Сегодня я хотел подкинуть ему другое желание для удовлетворения.

После того как консультант рекомендовал аналитику подумать в свободном режиме — это не то же самое, что свободное ассоциирование, а скорее означает мыслить вслух в спокойной, доброжелательной обстановке — аналитик обнаружил свою роль в дуэли. Добиваясь своего, он одновременно подавляет пациента. Вместо того чтобы поначалу воздержаться от вмешательства в естественный ход вещей, он стремился к тому, чтобы пациент не сокрушил панели. Аналитик также понял, что сам был очень заинтересован в успехе лечения. Стало очевидным, что аналитик покинул нейтральную позицию, желая удержать пациента от разрушения им же созидаемого.

На следующем шаге консультант вернулся к теме оставленности, на которую обратил внимание при чтении протокола сеанса. Понятно, что аналитик просто не услышал этой темы, несмотря на ее довольно явное обозначение пациентом («покинутый», «по чьей-то милости», «одинокий»). Конфронтация с материалом оживила его память, но не придала эмоциональной убедительности идее о том, что было все-таки уместно развивать эту тему на сеансе.

А: Просто я видел свой путь развития сеанса. И однажды ступив на него, потерял гибкость и не смог с него сойти.

К: Вы начали с концепции, что пациент снова и снова создает свой объект только для того, чтобы его разрушить. Я вижу другую картину: пациент многократно говорил об автономии. Вы не смогли убедительно представить тему соревнования и успеха: она показалась довольно искусственной. Тем не менее ваша тема выросла из взаимодействия и привела к взаимодействию. Вместо того чтобы привести к сотрудничеству и общей радости от успеха, это взаимодействие привело к дуэли. Вы не хотели позволить пациенту разрушить то, что создавали вы оба. Но пациент почувствовал одиночество и про-

иллюстрировал это на своем сыне, которого он не желал оставлять играть в одиночестве и все же вынужден был это сделать.

А: Теперь-то я понимаю, почему плохо слушал: я следовал другому направлению мысли. Я подумал не о том, что он не хочет оставлять сына в одиночестве, а о том, как он горд тем, что должен там присутствовать. С другой стороны, это значит, что он не мог оставить своего сына одного, потому что упустил бы шанс участвовать в его успехе.

Эти соображения подтвердили догадку консультанта о том, что аналитик сел на своего конька и застрял на нем, так как идея успешности его терапевтической работы владела им в той же мере, что пациентом — идея успеха сына. В результате — борьба между сыном и отцом, между пациентом и аналитиком. В нижеследующем диалоге консультант попытался раскрыть потенциал своего взгляда.

К: В теме «гордость» есть свои позитивные и негативные аспекты, типичные для взаимодействия отец—сын. Они оба могут испытывать гордость. Но могут быть и соперниками, реагируя так: «Я хочу это сделать один, просто для себя. И я не буду этого делать там, ибо ты всегда портишь мне радость от того, что я сделал сам».

А: Да, однажды пациент заметил: «Я был бы просто сумасшедшим, если б получал удовольствие от вашего унижения».

К: Да, и потом вы произнесли: «Вы должны использовать меня как хорошего терапевта». Но если пациент воспримет ваш успех как непомерный, вы окажетесь втянутым в борьбу. Я думаю — переходя к сути проблемы, — что мы по-разному работаем с одним и тем же образом. Я сосредоточился на динамике отец—сын: он победил своего отца и должен снова и снова находить ему замену, чтобы позволить победить им обоим, если он будет хорошо себя чувствовать. Но если он остается один, его стремление к автономии тонет в ярости и разочаровании.

А: Любопытным аспектом нашей беседы является дальнейшее развитие моей теории о том, что, хотя он принял условия нашей игры, он злился и хотел нарушить запрет. Сейчас мне любопытно: разбил он панели или нет. Я надеюсь, что одинаково открыто приму любой итог.

В ходе сеанса консультанту стало ясно, что дуэль продолжалась до тех пор, пока аналитик не отреагировал и на другую точку зрения. Аналитик, чтобы быть собой довольным, стремился удержать пациента от неких действий и потому покинул нейтральную позицию, вступив в противоборство с пациентом.

10.2 Теоретические замечания о «хорошем сеансе»

Следующий после консультации сеанс — 115-й по счету — прошел так гладко, что невольно напомнил аналитику о понятии «хорошего сеанса» (Kris, 1956). Мы уже опубликовали сравнение плохого 114-го и хорошего 115-го сеансов в другом месте (см.: Löw-Beer, Thomä, 1988).

Хотелось бы привлечь внимание читателей к одному аспекту приводимого ниже диалога. Оказалось, что исследование стенограмм терапевтических диалогов независимыми экспертами со стороны, то есть учеными других отраслей знания, может быть необычайно полезным для теории и практики психоанализа. Во-первых, это позволит придать исследованию эмпирического процесса солидную основу. Далее, философы, например, могут изучать психоаналитические тексты, и диалог между социальными науками и психоанализом может послужить здесь объективной точкой отсчета. Наше психоаналитическое мышление и психоаналитическая практика сильно выиграли бы от междисциплинарного сотрудничества в работе с протоколами сеансов. Приводимая ниже интерпретация философа убедительно это иллюстрирует.

Предметом исследования был «хороший сеанс». Чтобы понять, что это значит, сначала необходимо выяснить, как проявляются положительные изменения, происходящие с пациентом во время сеанса.

Следует рассматривать по крайней мере два плана понятия хорошего сеанса. Первый связан с тем, что́ образует удачное взаимодействие и как оно воспринимается в анализе, например дополняют ли друг друга интерпретации аналитика и инсайты пациента, а также чувствует ли пациент, что его понимают (Kris, 1956; Peterfreund, 1983). Второй план представляет для нас особый интерес и связан с лечебным эффектом, опосредованным взаимодействием с аналитиком. Нам следует также задаться вопросом: может ли неудачное взаимодействие с аналитиком — например, ощущение пациента, что аналитик его не понимает, — иметь лечебный эффект, если недостаток эмпатии станет предметом диалога.

Раз ясны различия, можно попытаться соединить несовпадающие точки зрения по этим вопросам. Ряд публикаций являются как бы иллюстрациями опасности непродуманного синтеза, особенно если внимание приковано лишь к развитию тех способностей пациента, которые делают сеанс хорошим. Имеется в виду его способность к психической интеграции, самонаблюдению и управляемой регрессии. Не полностью избегла этой опасности и упомянутая выше статья Криса. Комментарии Петерфройнда также не вполне свободны от акцентирования в пациентах тех

качеств, которые позволяют им стать более доступными для анализа. При этом ответ на вопрос, совпадают ли качества, от которых зависит хороший сеанс, с теми, что необходимы человеку в обыденной жизни, неочевиден.

Уже предпринимались попытки определить как описательные, так и причинные обоснования того, что хорошо и что плохо в терапии, а также того, что вызывает соответствующие изменения в пациенте. К причинным обоснованиям следует относиться с осторожностью, как к гипотезам, нуждающимся в проверке на других случаях. Приметой плохого сеанса является, например, пренебрежительное отношение аналитика к тому, что сам пациент знает о своих симптомах, и внушение ему альтернативных интерпретаций. Наоборот, в хорошем сеансе аналитик развивает познания пациента о его симптоматике в манере, позволяющей пациенту интегрировать разрозненные элементы его истории жизни и выработать эмоционально и интеллектуально адекватное отношение к своей биографии. Весьма вероятно, что стиль общения и интерпретаций аналитика имеет отношение к динамике состояния пациента в положительную сторону. Особая манера общения, названная нами «драматургической техникой», возможно, является ценным видом терапевтического воздействия.

Следующие комментарии основаны на анализе Артура Y, с юности страдавшего навязчивыми идеями. Самой броской особенностью его симптоматики была навязчивая мысль о том, что он должен убить своих детей. И это было для него страшнее смерти. Навязчивые мысли породили типичный паттерн защитных действий: «Тебе только в том случае не придется убивать своих детей, если сделаешь это и то». Так, он долго боялся жестокого Бога, который, если бы он вышел из повиновения, мог принудить его убить детей. Пациент говорил: «Словно бы Бог... был офицером СС... который, если бы я не приветствовал его должным образом, мог наказать меня смертью или даже чем-то похуже... я бы убил одного из своих детей — это было бы страшнее смерти».

115-й сеанс был переломным. Перемена, происшедшая с пациентом во время его, бросалась в глаза. Он пришел подавленный и обеспокоенный, с типичной для него установкой жертвы, а уходил — чувствуя себя освободившимся. Артур Y нашел почти поэтическую форму выражения своего состояния. Его ярость из-за того, что приходилось уступать злой силе, первоначально проявлялась лишь в симптоматике; во время сеанса его колебания между гневом и бессилием оказались решающим элементом во взаимоотношениях с представителями власти. Это переживание стало проявляться не только в симптомах, но и в других ситуациях, где оно оказывалось уместным. Выражаясь словами

аналитика: «Пациент заново открыл свои чувства». По гипотезе аналитика, именно на конфликты такого рода пациент реагировал патогенными защитными процессами.

Подводя итог сеансу, сосредоточимся на тех аспектах, которые, как нам кажется, способствовали развитию пациента. Мы полагаем, что причиной изменения были не самопознавательные инсайты пациента, а скорее ободрение аналитика, которое решающим образом помогло Артуру Y найти эмоционально адекватную реакцию на ситуации, где от него требовалось подчинение. В результате возникла конкретная форма инсайта, принесшая пациенту точное понимание его ситуации.

В нижеследующей сцене аналитик исполняет роль режиссера, ставящего перед пациентом задачу сыграть роли из его воспоминаний. Он делает это, драматургически расширяя сценарий, то есть в данном случае — воспоминания пациента. Пациент вспомнил хирурга, удалявшего ему миндалины под местной анестезией, тот тогда не вызвал у него симпатии. Пациент был напуган, ему все время хотелось сглотнуть; врач рявкал на него, требуя держать рот открытым.

А: О, там так много крови.

П: Да.

А: Поэтому вам все время хочется проглотить слюну, вы боитесь захлебнуться, как будто вы по шею в воде, или скорее в крови.

Примечание. Я намекнул на воду, поскольку с пациентом однажды произошла крайне опасная история, когда он едва не утонул.

А: Он использовал скальпель, чтобы резать вас, и заставил вас почти захлебываться. Вот что вы чувствовали, когда кровь хлынула обратно в горло. И если бы вы выплюнули кровь ему в лицо, то разозлили бы его еще сильнее.

П: Да, и чтобы продолжить эту мысль: как защищаться в такой ситуации? Око за око — это было бы логично.

А: И к тому же там есть инструменты — скальпель и другие острые предметы.

П: Ну, такие мысли сразу выбрасываешь из головы.

А: Они исключаются также самой ситуацией: просто хирург слишком могуществен.

П: Но если их, так сказать, все время подавлять, снова и снова, это прорывается где-то еще... скальпель. Я даже знаю где — я это только что понял. Если бы я был девятилетним мальчиком и просто взял да и двинул бы ему по роже первым попавшимся предметом, то, будучи ребенком, ожидал бы, что он прикончит меня.

А: Если бы вы взяли скальпель, которым он режет вас.

П: Значит, если я защищаюсь, он прикончит меня и на этом все. Это конец. Я умру. Это то, чего я боюсь до сих пор.

А: Да.

П: Со скальпелем было бы то же самое. Меня бы убили, прикончили, и все.

А: Да, но со скальпелем вы могущественный хирург, эсэсовский офицер, Гитлер и т.п. Всемогущий Господь с ножом, а с маленькими детьми вы и сами ребенок. Вы — жертва.

П: Да-да.

А: Но, конечно, вы не имеете в виду своих детей. Вы имеете в виду беспредельную власть, но как ужасно, что некому направить на вас скальпель, и это проявляется в других, казалось бы, не имеющих к этому отношения и на первый взгляд безвредных вещах. Например, в том, что вы не допускаете критики в адрес терапевта — меня.

П: Я понял вас очень хорошо. Вы сказали: «Вы не имеете в виду своих детей»... а я имею в виду Бенигнуса [пациент так называл учителя-садиста, чье настоящее имя имело сходное противоречивое качество] как воплощение всего порочного.

А: Да.

П: Мой оппонент, мой враг. Я не хочу упускать из виду того, что в реальности меня тревожат не дети, а враг, которому я не осмеливаюсь противостоять. И когда я ловлю себя на этой мысли, мне становится отчетливо видно, что я испытываю такое же чувство к вам, например когда вы говорите об увеличении гонорара.

Затем чувство мести и беспомощности охватило Артура Y. Хотя только что он покорно уступил своему обычному стремлению жертвовать, внезапно в драматических диалогах он начал сводить счеты с разнообразными угнетателями: своим отцом, что не пытался его понять, а вместо этого наказывал за мальчишеские проказы, а потом ушел на войну — чтобы никогда не вернуться, — даже не попрощавшись; более всего пациент именно на него хотел бы напасть с оружием. Ему хотелось бы по-своему разобраться с учителем-садистом. Он злился на мать за обман и ощущение пустоты в своем детстве. Наконец, он набросился на меня, аналитика, поскольку я принудил его исповедоваться. Усмехаясь, он сравнил это принуждение с образом собаки, которую на руках несут на охоту. Иначе говоря, он почувствовал, что его заставили сделать как раз то, к чему он сам инстинктивно стремился. Он обвинил меня в том, что это я спровоцировал в нем желание мести, которое он не мог удовлетворить. Его обвинения в мой адрес были «вмонтированы» во впечатляющий образ мужчины, который даже не может освободиться от напряжения с помощью мастурбации, поскольку у него нет рук.

П: Вот так, здесь собираются и оживают все эти фигуры, и я годами дико злюсь — кому мне надо отомстить? Ведь там никого нет [бормотание]. Я вот как думаю. Что толку упираться рогом, если у меня нет ни женщины, ни хотя бы рук, чтобы получить удовлетворение.

Почему этот сеанс можно считать *хорошим сеансом*? На чем основано интуитивное чувство, что он был хорошим? Что последует за прорывом? Ниже мы коротко обсудим три важные черты хорошего сеанса.

Улучшение отношения к своему прошлому и настоящему

До этого переломного сеанса Артур Y неспособен был приложить некоторые важные для него ценности к собственной биографии. Взгляд на свою биографию, которого он придерживался — имевший корни как в его уме, так и, что более важно, опыте, — противоречил сформировавшемуся позднее его идеальному образу Я. Этот образ вписывался в широкий культурный консенсус, принятый как пациентом, так и аналитиком.

Мы понимаем страх и тревогу ребенка, когда с ним плохо обходятся, но когда давлению подвергается взрослый, мы ожидаем от последнего взрыва ярости и возмущения в адрес человека, посмевшего обращаться с ним подобным образом. Мы думаем, что совсем не следует без необходимости наказывать детей и уж вовсе нельзя подвергать их мучениям, что следует дать им возможность играть, а вовсе не втягивать их в наши заботы. Артур Y разделял эти взгляды и со своими детьми вел себя соответственно. Тем не менее долгие годы он был неспособен взглянуть на историю своей жизни с этой позиции. Не только возмущение и ярость от бесцеремонного обращения, но также и крики жертвы составляли сердцевину проблемы. Ментальность жертвы прорывалась в нем в преувеличенных для взрослого человека формах. Малейший намек, что кто-то занимающий более высокое положение в социальной иерархии мог бы бросить в его адрес критическое замечание, повергало его в панику, которой он мог быть просто раздавлен. В роли подчиненного он не мог отличить умышленную демонстрацию власти от законного требования. Впечатление переломности этого сеанса было отчасти обусловлено не только тем, что Артур Y интеллектуально сожалел о нарушении его элементарных прав, когда был ребенком, но и тем, что он почувствовал себя бесправным, воспринял это как очевидную потерю и с яростью реагировал на это. Как с точки зрения самого пациента, так и объективно стали более адекватными его эмоциональные реакции на прошлое, а также в настоящем по отношению к аналитику. На предыдущем сеансе несколько раз пациент крайне выразитель-

но, едва ли не панически реагировал на аналитика. Эти ситуации характеризовались несоответствием между непосредственными эмоциональными реакциями пациента и его рациональными суждениями. Рационально понимая, что увеличение платы за анализ не нацелено на то, чтобы его разорить, и фактически к этому не приведет, на эмоциональном уровне он воспринял это требование именно как угрозу своему существованию. Напротив, обвинения, брошенные аналитику во время хорошего сеанса, не были результатом паники. Он обвинил терапевта в принуждении к исповеди. Успев сообразить, что ему тоже хочется высказаться, он привнес в свою критику каплю иронии. Обратившись к образу собаки, которую должны взять на охоту, он пришел к внятному описанию своего взаимодействия с аналитиком. И последующая критика была точна. Так, он заметил, что аналитик пробудил в нем чувство мести, не предоставив в то же время какого-либо конкретного объекта ненависти. Образ «рогатого», не имевшего ни женщины, ни рук, чтобы получить удовлетворение, был в этом отношении очень выразителен.

Раскрепощение и увеличение свободы по отношению к самому себе

Один из аспектов раскрепощения состоит в только что упомянутом *творческом обращении с языком*, в порождении образов, в которых переплетены всевозможные чувства.

На предыдущих сеансах была очень заметна установка пациента играть роль жертвы. Он был преследуемым, потерпевшим и отдан на милость жестокого Бога, который мог даже потребовать от него убить родных детей. Напротив, во время последнего сеанса преобладал протест *против принуждения*, протест против немотивированных требований хирурга, матери и т.д. Восстание против принуждения представляет собой один из элементов идеи освобождения. Пациент не желал подчиниться ни внутреннему, ни внешнему нажиму, если считал его неуместным.

Освобождение проявляется не только в восстании против принуждения, но также в способности вести себя в соответствии со своими представлениями, как это описано у Тугендата (Tugendhat, 1979). Способность пациента учитывать происходящий диалог развивалась в течение переломного сеанса. Пациент преуспел не только в игровом перевоплощении в маленького мальчика собственного детства, но и в осмыслении своей роли. Он воспринимал себя не как ребенка, а как взрослого, пытающегося прочувствовать, чтó ощущает малыш, если с ним плохо обходятся. Игровой аспект не помешал ему отнестись к своей биографии серьезнее, чем прежде. Живописуя каждую

деталь в различных сценах, он испытывал сильные чувства. Сопоставление своего детства с тем, каким оно должно было бы быть, наполняло его бессильной яростью — свое прошлое ему оставалось принять как данность. «Мой отец был абсолютно бесчувственным существом». И он спросил себя: «Что мне теперь делать с моей жаждой мести, если те, кому я хочу мстить, за пределами моей досягаемости?»

На этом сеансе в отличие от других пациент сумел интегрировать аналитический диалог со своими комментариями. Пациент высказал понимание своей роли в ситуации анализа и осознал, что подчинялся стереотипу роли пациента, в которой должен сообщать обо всем, что думал. Теперь он осмыслил это как манипулирование им, чтобы добиться от него исповеди, и спросил себя, может ли он продолжать играть эту роль, как ему стоит поступить с аналитиком и в какой мере аналитик способен удовлетворить его потребности. Задав эти вопросы, он отверг роль пассивно исполняющего свои обязанности, преодолел откровенно предписанные формы поведения и получил возможность дистанцироваться от своей роли.

Переживание симптомов как элемент порождения полезных идей

Субъективно Артур Y воспринимал свою симптоматику как часть борьбы против бессмысленных ритуалов, исполнения которых требовала угрожающая и устрашающая высшая сила. Во время этого сеанса пациент воспользовался собственным жизненным опытом при описании конфронтации со своими гонителями.

Хотелось бы напомнить, что в «плохом» сеансе (см. разд. 10.1) аналитик пытался пролить свет на восприятие пациентом симптоматики, проведя аналогию между тем, как, с одной стороны, пациент переживает свою симптоматику, а с другой — как он переживает те же чувства в жизни. Он поставил знак равенства между взаимодействием пациента с деревянными панелями и взаимодействием с мучителями. В хорошем сеансе он использовал ситуативное восприятие пациентом своей симптоматики для оживления эмоционального переживания воспоминаний о ситуациях подавления.

Драматургическая техника, или Сценическая модель психоаналитического лечения

В первом томе (разд. 3.4) мы сравнили события в психоанализе с теми, что происходят на сцене. Согласно сценической модели, пациенты и аналитики играют свои роли и в то же время наблюдают за собой. Аналитик подыгрывает пациенту в со-

ответствии с его ожиданиями, исполняя также функции сопостановщика и наблюдателя. Смысл состоит в том, чтобы подвергнуть проверке те роли, которые пациент когда-то неадекватно воспринял.

Во время «переломного» сеанса аналитик снял весь урожай по этой программе. В начале этого сеанса он направил свою фантазию на то, чтобы заставить пациента пройти все кровавые сцены в описанном ранее эпизоде удаления миндалин.

Откуда аналитик знал о кровавых подробностях этой операции, общее впечатление от которых подвигло пациента перейти к ситуации терзаемого девятилетнего ребенка? Фактически аналитик не знал о них, но уже был достаточно близок пациенту, чтоб смоделировать происшедшее. В сценической модели жизненно важно не восстановление подлинной биографии пациента, а понимание того, как он *представляет* себе чувства — в данном случае девятилетнего мальчика, подвергшегося подобному обращению.

Комментарий аналитика. Мне доставило истинное наслаждение то, что непредвзятый взгляд извне, выраженный другим ученым, привел к выводу, что метод проведения сеанса сопоставим со сценической моделью и что в связи с этим даже уместна ссылка на *драматургическую технику*. Операция по удалению миндалин в первую очередь напомнила мне об операции удаления зуба, которую я перенес незадолго до этого. Столько крови собралось в горле, что я почувствовал, будто «находился по горло в воде». Я интуитивно использовал эту метафору, которая, подобно всем аллегориям, соответствует широкому кругу переживаний. Метафорический язык усиливает интенсивность переживаний. В припомнившемся мне случае я полностью владел собой и поначалу не подал никакого знака дантисту, поскольку хотел довести эту экстремальную ситуацию до конца. Однако в детстве в подобных ситуациях я был совершенно так же беспомощен, как мой пациент. Читатель без труда может представить более или менее пугающую ситуацию поляризации силы и бессилия. Разобраться в этом помогает психоаналитическая теория генезиса бессознательного. Например, бессознательное представление о себе находит живое воплощение в языке снов. Однако с позиции объяснительной теории психоанализа за такими воплощениями скрываются другие Я-образы, которые выражаются в потенциале действий, независимо от того, насколько они отчуждены от сознания. Там, где есть жертва, есть и преступник: так мазохизм и садизм принадлежат друг другу. Знание этого факта позволяет аналитику давать интерпретации, оживляющие подавленные расщепленные элементы Я, тем самым вызывая новые ассоциации пациента. По моему мнению, обогаще-

ние диалога очень важно, хотя переход на сцену и психодраматическая театрализация затруднили бы формулировку соответствующих интерпретаций. Возможно, это мои сугубо личные ограничения, а именно то, что часто я не в состоянии распознать и интерпретировать контекст какой-либо сцены с точки зрения бессознательных структур и мотивов, пока у меня не появится достаточно времени тщательно ее обдумать. Я принимаю сценический путеводитель Брехта (см. ниже) и считаю, что в этом смысле термин «драматургическая техника» точен.

Чтобы уяснить подход, использованный аналитиком, мы будем различать три способа написания истории. При первом — чисто хронологическом — историк должен ограничиться сообщением о случившемся. При втором он имеет право прокомментировать события так, как видит их сам, преследуя при этом цель объяснить историю. Третий подход состоит в том, чтобы попытаться прожить этот конкретный отрезок времени в своем воображении, — такова установка многих сочинителей и актеров.

Аналитик дает пациенту возможность следовать третьему подходу воспроизведения его биографии. В отличие от историка, рассматривающего это как эксперимент, и от актера, чья роль заканчивается аплодисментами, история собственной жизни неизбежно приносит пациенту страдание, так как его прошлое подавляет настоящее, постоянно напоминая о себе навязчивым повторением симптомов. Взглянув на ситуацию исторически, мы видим, что терапевтический процесс противоречив. С одной стороны, настоящее пациента есть продолжение его прошлого. С другой — анализ должен помочь ему пересмотреть свое прошлое в свете настоящего, во всяком случае в той мере, в какой прошлое управляет историей жизни пациента (Marten, 1983). Аналитик не исходит из того, что пациент — это «маленький говнюк», которым тот, вероятно, привык себя считать и который вряд ли может вообразить себе, что заслуживает лучшего обхождения. Задача пациента — понять в соответствии со своими *сегодняшними* взглядами на воспитание детей, что значит быть в роли этого терзаемого мальчика.

В отношении режиссуры у аналитика много общего с Брехтом, который не хотел, чтобы актер скрывал свое ви́дение характера исполняемой им роли. Если актер играет короля, ему не следует обманывать себя и публику, что он и есть король, а следует играть роль, непрерывно с ней соотносясь.

Преимущество драматургической техники в том, что она помогает примерить на себя те ценности, которые человек использует, когда судит о других, попавших в сходное положение. Пациент почувствовал возмущение после того, как его прежняя установка в отношении себя сменилась другой — той, которой

он так естественно придерживался в отношении своих детей. Это открыло ему глаза на то, что с ним плохо обращались в детстве и обманывали в юности. Он взглянул на это так, как если бы его дети оказались в тех обстоятельствах.

Данное изменение перспективы не могло быть достигнуто единственно за счет драматургической техники. Как смог человек, мучимый в своей симптоматике навязчивыми мыслями об убийстве собственных детей, вознегодовать против хирурга? Как, при его нарушенной самооценке, он мог восстать, пусть только в воображении, против своих давних мучителей? Чтобы дать ответы на эти вопросы, необходимо дополнить драматургическую технику интерпретациями, усиливающими самооценку пациента. В разбираемом случае аналитик сделал это. Он успокоил пациента, объяснив ему, что мысль об убийстве не связана с его детьми, а символизирует его ненависть к врагам: как к прошлым, так и к нынешним. Приведем соответствующее место из диалога.

А: Да, но со скальпелем вы могущественный хирург, эсэсовский офицер, Гитлер и т.п., всемогущий Господь с ножом, а с маленькими детьми вы и сами ребенок. Вы — жертва.

П: Да-да.

А: Но, конечно, вы не имеете в виду своих детей. Вы имеете в виду беспредельную власть, но как ужасно, что некому направить на вас скальпель, и это проявляется в других, казалось бы не имеющих к этому отношения и на первый взгляд безвредных, вещах. Например, в том, что вы не допускаете критики в адрес терапевта — меня.

Поскольку для пациента было огромным риском просто подумать о чем-нибудь подобном в отношении всемогущей силы, господствовавшей над ним, мысль его об убийстве сместилась на собственных детей. Эта интерпретация принесла ему облегчение, и он постарался ее запомнить. Она также создала основу для противостояния мучителям. Эта интерпретация, согласно которой ему не нужно было считать себя человеком злым, заслуживающим дурного обращения, состоит из двух частей. Первая сообщает, что пациент идентифицировался и с жертвой, и с преступником. Узнав об этом, он всполошился, так как понял, что может уничтожить своих детей и тем самым себя. Он сам был собственной жертвой. Подобно мистеру Хайду, убившему доктора Джекилла, он был двойным убийцей. Теоретически, как было показано в разделе 8.2, эта часть интерпретации является путеводной мыслью аналитика. Второй частью интерпретации воспользовался Артур Y. Согласно этой интерпретации, на самом деле его мысли об убийстве были направлены на его мучи-

телей, а не на собственных детей. Но из боязни противоборства с доминирующей над ним силой вместо мучителей эти мысли сместились на детей.

Есть три довода в пользу лечебного эффекта указанной интерпретации.

1. Пациент признал важность приведенной интерпретации. Он сам расценил ее как вполне подходящую. Он не удовлетворился простым ее принятием; он назвал ее полезной, распространил и уточнил.
2. Интерпретация и последующие замечания были тематически связанными. Предмет интерпретации совпадал с главным предметом обсуждения всего сеанса: борьбой против врагов, садиста учителя, хирурга и т.п. Стержнем интерпретации явилась мысль о том, что на самом деле желание убить было направлено на этих врагов.
3. Между развитием пациента во время хорошего сеанса и этой интерпретацией наблюдалась сильная связь. Похоже на правду, что пациент не мог прийти в возмущение от плохого обращения с ним в детстве до тех пор, пока допускал мысль об убийстве своих детей. Если он был способен сделать самое ужасное, что только можно вообразить, значит, он был настолько плох, что заслуживал, чтобы к нему плохо относились. Из детства он может проиллюстрировать, что потенциальный сексуальный обидчик есть жертва обстоятельств. Предпосылкой ярости пациента по поводу плохого с ним обращения послужило то, что он должен был оценить себя достаточно высоко, чтобы впасть в ярость и отринуть переживание своего унижения и пренебрежения.

Комментарий аналитика. К обсуждаемой интерпретации меня подвигли как теоретические, так и технические наблюдения. Я убежден, что Артур Y думал о своих детях не как о конкретных индивидах, а как о символах своей беспомощности и бессилия. Конечно, в переживаниях и особенно в его бессознательном конкретный человек не может быть отделен от символического значения. В этом смысле пациент имел в виду именно своих детей, а не только их символическое значение. Чтобы однозначно разделить символ и конкретного человека, я использовал отрицание, что дало пациенту возможность — пусть на короткое мгновение — создать дистанцию.

В его бессознательном дети замещали его младших сестер и братьев. Точнее, его младшего брата, после рождения которого у него и появилась та унизительная привычка пачкать штанишки. Имелось множество указаний на то, что его желание смерти было направлено на брата и сестер. Возвращение к истокам его

агрессии не устраняет ее или сопутствующего ей чувства вины, но позволяет понять страшные и зловещие симптомы. Можно сказать, короткий период облегчения располагает к размышлениям. Более того, я допускал, что причина, по которой его навязчивые мысли были направлены на самое дорогое для него на свете — на собственных детей, — состояла в том, что это позволило ему выстроить непреодолимую стену против разрушительных приступов ненависти, которые тем самым были полностью отделены от его Я. Эта ненависть аккумулировалась в нем с самого детства и, хотя существовала параллельно, ежедневно выплескивалась от малейшего толчка. Это была ненависть абсолютно бессильной жертвы, более неспособной к самому незначительному сопротивлению притеснителям. Только много позднее в жизни или в симптомах навязчивости он мог перевернуть садомазохистскую зависимость. Его дети воссоздали его собственное бессильное детство, и потому он мог идентифицироваться с носителями власти и их жестокими поступками: с детьми, издевавшимися над ним, родителями, с учителем-садистом, Гитлером и офицерами СС, мстительным Богом, который считал беспрекословное подчинение выражением любви и требовал такого поведения.

Формально беспокоящий пациента вопрос звучал так: «Думаю ли я об убийстве своих детей?» В этом вопросе два смысла. Первый: направлены ли его навязчивые идеи именно на детей? Второй: действительно ли он желает их убить? На первый вопрос нужно ответить утвердительно. Навязчивые мысли пациента и слова относятся к его детям. Фактически это как раз то, что беспокоило пациента. Однако второй вопрос еще более его волновал. Вопрос, который аналитик отмел. Навязчивые мысли пациента не должны были рассматриваться как знаки, свидетельствующие о его желании убить детей. Пациент не ошибся в отношении объекта своих высказываний, но ошибся в отношении объекта своих желаний.

Истинность интерпретации

Было ли желание Артура Y убить направлено на его врагов, а не на любимых детей? Сместились ли эти мысли на детей вследствие его страха перед пугающей силой врагов? В дальнейшем вопрос правдивости будет относиться не к комментарию аналитика, а к логическому пониманию этой интерпретации, которое разделялось и пациентом и состояло в том, что он не хотел убивать своих детей.

Интерпретация будет более истинной, если, во-первых, преуспеет в приведении длинного ряда мотивационно непонятных высказываний к осмысленной логической взаимосвязи (крите-

рии согласованности и логичности); во-вторых, если окажется совместима с уже хорошо проверенными гипотезами причинности (генетический критерий) и, в-третьих, если окажется совместима с гипотезами, наиболее проверенными в рамках психоаналитической теории. Если взглянуть на изучаемый случай сквозь призму этих критериев, то обнаружим, что по крайней мере один компонент, формирующий симптоматику пациента, следует искать в его желании защититься от Я-образа убийцы. Вполне возможно, он и в самом деле думал, что такой дурной человек, как он, имеет основания опасаться убить своих горячо любимых детей. Это подтверждается также и тем, что в своих мыслях он перепутал воспоминания о братьях с образом своих детей. Тем не менее перенос определенной зависимости на другие объекты не означает, что выраженное словами неприменимо к объектам переноса. В данном случае интерпретация психоаналитика не заставила пациента признать, что он отождествлял своих детей с братьями. Для пациента важной была мысль о том, что его агрессия в действительности направлена на внешние силы.

Психоаналитическая теория симптомов

Предположение 1. Симптомы — это смещенное и искаженное удовлетворение неодобряемых и подавляемых желаний.

Предположение 2. С помощью симптомов люди пытаются справиться с травматической ситуацией.

Предположение 3. С помощью симптомов люди неосознанно пытаются фальсифицировать бессознательные и патогенетические установки; это можно отнести также к предположению 2. Люди пытаются справиться с трудными ситуациями путем фальсификации их бессознательных интерпретаций.

Предположение 1 согласуется с комментарием аналитика. В бессознательных фантазиях пациент с удовольствием идентифицировался со своими мучителями, приняв их установки. Предположения 2 и 3 согласуются со следующим объяснением симптомов пациента: пациент желал скрыть от себя то, что считает себя настолько дурным, что — как он думал — может пойти на убийство своих детей. Сопротивляясь навязчивой идее убийства, он пытался доказать себе и другим, что вовсе не так плох.

Существуют контексты, в которых различные психоаналитические модели объяснения симптоматики дополняют друг друга, и, наоборот, есть контексты, в которых они друг другу противоречат. В данном случае модели взаимодополняющи, так как «идентификацию с агрессором» можно интерпретировать и как попытку совладать с трудной ситуацией, и как косвенное удов-

летворение деструктивных желаний. Наша гипотеза состоит в том, что защитный механизм идентификации с агрессором привел к невыносимой для пациента ситуации, и он пытался справиться с ней с помощью симптомов.

Симптомы служили сокрытию негативного Я-образа. Мысль об убийстве оказалась навязчивой, патологической и оградила пациента от его образа Я (то есть он защищался так, будто мысли об убийстве не имели к нему никакого отношения).

Критерий согласованности. Даже ничтожнейший повод мог вызвать у пациента чувство вины, как будто его застигли за чем-то нехорошим. Например, он работал много и продуктивно, но всякий раз, когда его вызывал босс, он впадал в панику. Подавляющее большинство историй в этот 10-часовой отрезок анализа было посвящено тому, как он переживал страх быть униженным или боялся, что ему придется отвечать за действия, совершенные другими, как, например, в истории с несчастным случаем, которому он был всего лишь свидетелем. Он не уставал демонстрировать себе и аналитику, что реагирует на мельчайшие происшествия с избыточным чувством вины или тревоги. Он делал это, видимо, для того, чтобы показать, что в действительности все у него прекрасно, за исключением явно иррациональных реакций, не говоря уже о симптомах.

Другое свидетельство тезиса о нарушенной самооценке являло его видение себя как жертвы; он крепко держался его до переломного сеанса. Вспоминая о нескончаемых обидах юности, он становился очень тревожным, но не злым. Если человек считает себя очень плохим, он заслуживает соответствующего отношения. По крайней мере для него было бы неестественным считать, что он имеет право на хорошее с ним обращение окружающих. Однако именно подобная установка является необходимым условием, при котором дурное обращение способно пробудить ярость.

Генетический критерий. В пользу негативной самооценки пациента имеется немало генетических признаков. Вряд ли кто не согласится с тем, что в социализации принятие роли — важнейший механизм обучения. Вполне правдоподобно, что пациент поступал по отношению к себе так же, как и другие, то есть интернализировал (усваивал) негативные отзывы других, с которыми сталкиваются на каждом шагу.

Короче, имеется много указаний на то, что симптоматика пациента выполняла защитную функцию: она нейтрализовала его стремление к убийству и убеждала, что он не так плох, как о себе думает. Такой способ защиты привел к созданию у пациента негативного Я-образа. Бессознательно он воспринимал себя

таким же плохим, какими были по отношению к нему его мучители. Даже гораздо хуже их; ему казалось, он так плох, что мог бы убить собственных детей. Развитие его симптоматики можно рассматривать как попытку отвергнуть это убийственное самовосприятие, избавиться от него. Он воспринимал навязчивые идеи так, будто они не имели ничего общего с его собственными желаниями или с его образом Я, а успешное сопротивление навязчивой команде убить — как доказательство того, что подозрение в склонности к убийству лишено оснований.

Если бы эти гипотезы о формировании его симптоматики были верны, то она понималась бы как следствие и как способ защиты второго порядка: пациент избегал негативного образа себя, сформировавшегося как результат защиты. Если рассматривать только непосредственные причины формирования симптоматики, то интерпретация была бы неверной, ибо причиной его навязчивых мыслей об убийстве становится тогда не замещение объекта гнева, а защита как результат его негативного самопонимания. Разумеется, из-за чувства вины, связанного с гневом, его образ себя действительно был негативным.

Инсайт и успешность терапии

Как и предполагал аналитик, идентификация с агрессором была механизмом защиты, который удерживал пациента от чувства гнева на своих обидчиков. Должны ли мы из этого заключить, что интерпретация подала пациенту ложную идею?

Наше обсуждение драматургической техники дает основание для различных выводов. Мы не думаем, что цель интерпретаций в том, чтобы *полностью* посвятить пациента в причины его симптоматики. Скорее всего, цель состоит в том, чтобы сосредоточиться на той причине, вскрытие которой может привести к лечебным изменениям. Вместе с пациентом аналитик должен помочь ему разобраться в его жизненной ситуации. Симптомы — результат защиты, то есть негодные попытки справиться с травмирующей ситуацией. В случае Артура Y переживание симптомов связано с накопленным опытом переживания подавления и бессилия. Применение драматургической техники вернуло этот опыт в контекст его происхождения, чтобы наконец дать пациенту возможность противостоять ситуациям подавления и несправедливого обращения не с помощью суррогатов защиты, а в позитивной, основанной на самоопределении, манере. (О самодетерминации и волевом поведении см.: Löw-Beer, 1988.)

Для достижения данной цели неблагоразумно посвящать пациента в то, что его восприятие самого себя есть продукт его защиты, оно создает абсолютно искаженную картину его жиз-

ненной ситуации. В своем желании убить детей он идентифицировался с агрессорами. Ему всегда недоставало уверенности в себе, чтобы возмутиться и противостоять ужасному принуждению. Задача анализа состояла в том, чтобы дать пациенту возможность противостоять последовательно возникавшим в его жизни травматическим переживаниям, не прибегая к обороне. Обсуждаемую интерпретацию следует рассматривать как средство, благодаря которому пациент иначе взглянул на свою жизненную ситуацию. Этот инсайт был частью целебных изменений. (Понятие целебных изменений уже обсуждалось в связи с инсайтом.) В этом можно видеть знак того, что существует концептуальная зависимость, а не просто эмпирическая связь между успешностью терапии и достижением инсайта. И все же вопрос о том, как соотносится успешность терапевтического сеанса с успешной жизнью вне терапии, еще остается открытым.

Достижение инсайта означает как избавление от зашоренного защитными реакциями взгляда на собственную ситуацию, так и в особенности оценочные и эмоциональные изменения. На переломном сеансе Артур Y разозлился на своего мучителя, и его гнев за испытанные мучения был уместен. Оценочное изменение совсем немного, если вообще сколько-нибудь, зависит от процесса достижения осознания. Оно также не имеет отношения к попытке реконструкции реального жизненного опыта. Один из элементов нового восприятия пациентом своей ситуации состоит в приобщении к его нынешним ценностям взрослого человека. Это просматривается, например, в отношении Артура Y к детству и юности. То, что его мать делилась с ним своими заботами, скорее всего, заставляло его страдать. Будучи ребенком, он, вероятно, не знал, что тем самым мать наделяла его ответственной ролью советчика, лишая его существенной части отрочества и юности, на что пациент и сетовал аналитику. Наверное, он тогда не знал, что подростки нуждаются в иной роли. Другой пример. Хотя история симптоматики пациента показала, что у него был импульс убить учителя-садиста, только повзрослев, он понял, что такое садизм, и смог судить о вопиющей неправильности поведения учителя. Для дальнейшего исследования интересно понять, насколько анализ способствовал развитию этих оценочных концепций и имели ли они форму обучающего процесса.

В определенном смысле необходимо восстановить прошлое на основе нынешних ценностных суждений, ведь в конечном итоге вряд ли возможно для человека добровольно отрешиться от всех интересов и оценок. Но даже здесь возникают некоторые различия в подходах: можно отрешиться от нынешних взглядов и представить, как выглядел человек в прошлом, или вообразить, как бы он действовал в прошлом со своим нынеш-

ним багажом ценностных суждений. Драматургическая техника предписывает сценическую постановку конфликтов с точки зрения справедливого оценивания.

10.3 Религиозность

Наша западная цивилизация насквозь пропитана идеями, которые представляют собой смесь иудейско-христианской религии с греческой философией и классически римским взглядом на мир. Независимо от того, было ли полученное нами образование религиозным по своей природе или нет, эти идеи влияют на наш способ мышления и переживания. Наш язык и наша система ценностей — продукты культурной традиции. Всякий человек живет в психосоциальной реальности, субъективные и объективные компоненты которой опосредованы обществом. Так как реальность должна интерпретироваться и всегда интерпретируется, то система ценностей — в том виде, в каком она воплощается религией, — образует часть как общего, так и индивидуального восприятия действительности. Даже система ценностей атеистов в значительной степени продукт идей, содержащихся в Десяти Заповедях. В нашей цивилизации содержание христианской религии опосредовано церковью в лице священнослужителей. Однако традиционные образы Бога всегда находились под влиянием индивидуального опыта отдельных личностей. Люди меняются — так же как в религии меняются образы человека и Бога.

Критика религии, начало которой в предыдущем столетии было положено Фейербахом, Марксом, Ницше и Фрейдом, воплощала теорию проекции, согласно которой человек сам создал все образы Бога по образу и подобию своему. В традиции Возрождения эта критика была нацелена на свержение религии и замещение ее атеистическими идеями и идеологиями как на индивидуальном, так и на социальном уровне. Даже нигилистический образ мыслей является интерпретацией реальности.

Функцию таких систем интерпретаций и смыслов — то есть роль религии, мифологии и идеологии, разделяемых группой, обществом, народами и отдельными людьми, — можно охарактеризовать в психоаналитических терминах. Это также справедливо на уровне индивида по отношению к тому образу Бога, который он получил изначально и затем трансформировал. Нетрудно показать, что религиозные идеи выполняют разнообразные психические функции. Пфистер (Pfister, 1944) в книге «Страх и христианство» (Die Angst und das Christentum) продемонстрировал это в отношении христианской религии. Он показал, как довольно односторонний образ Бога, а именно мстительного Бо-

га, способствует развитию невротических страхов. Ранее, на радикальный разбор Фрейдом (Freud, 1927c) религии в книге «Будущее одной иллюзии» (The Future of an Illusion), Пфистер (Pfister, 1928) откликнулся, перевернув название: иллюзия будущего. Он обвинил Фрейда в том, что тот попался на удочку другой идеологии — науки. Для Фрейда это, конечно, было похвалой. Все его работы служили научному просвещению, которое способно только к познанию некой предварительной истины. Поскольку с тех пор, как демифологизировали веру, появились новые мифологии и идеологии, осталось ли последнее слово за теологом Пфистером? Действительно, Фрейд считал, что возможности человека в трезвом осознании реальности столь ограниченны, что всегда оставляют достаточно места религиозному утешению, особенно вере в загробную жизнь. В отличие от Ницше, в центре поздних работ которого был тезис «Бог мертв», Фрейд руководствовался стремлением человека к вере, которая может поддержать и утешить. В соответствии с хорошо известным описанием взаимозависимости психоанализа и религии читаем у него:

> Применение психоаналитического метода позволяет найти новые аргументы против религиозных истин — tant pis[1] для религии; но защитники религии имеют точно такое же право использовать психоанализ, чтобы подчеркнуть всю ценность эмоционального значения религиозных доктрин (Freud, 1927c, p. 37).

Вполне уместно для аналитиков применять свое мастерство ко всем проблемам религии и, используя свои методы, исследовать весь спектр аффективной значимости религиозных идей и функций веры в жизни человека в зависимости от его принадлежности тому или иному религиозному сообществу. Так, аналитики часто отмечают значимость *проекции* для создания образов Бога. Именно это открытие проективности человеческих фантазий о всемогуществе в магической, мифологической и религиозной мысли Фрейд вслед за Фейербахом поставил в центр своей критики религии. Поскольку эти проблемы будут обсуждаться в подразделе «Образ Бога как проекция», уместно сделать вводные комментарии к нему.

Концепция проекции и ее обоснование восходят к Фейербаху, к XIX столетию. Как теолог и психоаналитик, Шнайдер (Schneider, 1972) описал теорию религии Фейербаха и критически рассмотрел реакцию на нее теологов. Фейербах дал «критическое, генетическое» объяснение религии:

---

[1] Тем хуже (*франц.*).

Религия — наиболее ранняя и одновременно косвенная форма самопознания. Поэтому везде она предшествует философии. Это справедливо и в отношении истории человеческой расы, и в отношении индивида. Сначала человек видит свою природу как бы *со стороны* и только потом находит ее в себе самом. В первом приближении его собственная человеческая природа предстает перед ним как другое существо. Религия — детское состояние человечества. Но ребенок видит свою суть — человека — вне себя: в детстве человек является объектом самому себе в лице другого человека. Следовательно, исторический прогресс религии заключается в следующем: то, что раньше религия рассматривала как объективное, теперь признается субъективным. Иначе говоря, то, что прежде представало и почиталось Богом, теперь воспринимается как нечто человеческое... любое развитие религии есть, следовательно, более глубокое самопознание (Feuerbach, 1957, p. 13).

Согласно Шнайдеру, истоки религиозных идей Фейербах усматривал в антропологических феноменах, которые человек не мог распознать как собственные и проецировал вовне. Как впоследствии Фрейд, Фейербах понимал религию «как детскую природу человека», суть которой ребенок усваивает от родителей. Он пытался объяснить, например, «секрет моления». Ребенок «находит в своем отце чувство собственной силы... и уверенность в исполнении своих желаний». «Всемогущество, к которому человек обращается в молитве... по сути не что иное, как всемогущество сердца, чувства, которое пробивает любые барьеры разума и преодолевает все границы природы». В заключение он написал, что «истоки, истинное место и значение религии обнаруживаются только в период детства человечества...» (цит. по: Schneider, 1972, p. 252).

Фейербах нашел истинный смысл религии в антропологии. Большая часть его книги «Сущность христианства» озаглавлена «Истина, или Антропологическая сущность религии». Фрейд в еще более жесткой манере расширил его антропологический подход к критике религии, отследив религиозные и мифологические идеи вплоть до младенческого периода жизни человека. Даже следуя Грюнбауму (Grünbaum, 1987b), который в качестве примера рассматривает веру в непорочное зачатие, психоаналитическая критика религии добавила к его пониманию проблемы новое важное измерение, указав, что усваиваемые в течение жизни различные табу являются как источником определенных пунктов догмата, так и основой их правдоподобия. В эту редукцию Фрейд ввел миф — миф об Эдипе. Его исследование происхождения человеческих образов Бога и открытие проекции привели, с одной стороны, к разоблачению явленной христианской истины и, в широком смысле, к демифологизации, а с другой — к ремифологизации.

Вклад психоанализа в развитие интеллектуальной истории в этом направлении был весьма многообразен, так что здесь мы ограничимся лишь несколькими примерами. Фрейд наметил кон-

тур *теории* происхождения и функционирования мифов, религий, идеологий и разработал метод исследования. Как просветитель, он постулировал охватывающий весь мир фактов принцип реальности, признание которого диктовалось доводами как практического, так и чисто логического свойства. По Фрейду, научный взгляд на мир ведет к познанию взаимосвязи фактов и, таким образом, к истине, которая, в свою очередь, позволяет выработать реалистический путь преодоления трудностей. Факты противопоставляются воображению, истина — иллюзии; мир мифологии и веры пропитан фикциями и фантазией. Это противопоставление логического и мифологического можно проследить и в ранней философии античности (см.: Dupré, 1973).

В соответствии с принципом реальности рассматривается в основном защитный аспект функционирования и происхождения мифологии. Много лет назад в отношении прототипа защиты (вытеснения) Джонс (Jones, 1919) подчеркивал, что психоаналитическая теория символов использует довольно ограниченное понятие символа. Психоаналитическая теория неадекватно воспринимает всеобъемлющее значение символических форм в мыслях и поступках человека. Позитивный эффект на теоретическом уровне имело обсуждение в психоаналитической литературе критики — в духе Кассерера — Лангером (Langer, 1942) психоаналитического понятия символа (Philipps, 1962; Lorenzer, 1970). Включение этого понятия в контекст философии символических форм отражает расширение психоаналитического понимания религиозного переживания (см.: Braun et al., 1988).

Как всякое одностороннее объяснение, сведение элементов религии к детским корням эмоциональной жизни имеет свои сильные и слабые стороны. Религиозным чувствам абсолютно не обязательно исчезать при избавлении от пугающих инфантильных фантазий о Боге. Возможно, что в ходе анализа параллельно с модификацией страшных образов Бога возникают новые аспекты веры. Психоаналитик некомпетентен судить об истинности систем вероисповедания. Однако, опираясь на фрейдовский антропологический подход, он может судить о том, какие элементы веры подходят человеку, гармонично вписываются в его жизнь, а какие ему антагонистичны. Сегодня всякие религии и глобальные мировоззрения должны считаться с тем, что они могут быть сравнимы в том плане, насколько они способствуют осмысленной и полной жизни отдельного человека и примирению народов и групп людей. Прямо или косвенно критическое отношение психоаналитика к культуре и религии воздействует на мировоззрение пациента. Следовательно, в той мере, в какой эти ценности обсуждаются при лечении, психоанализ сам должен быть готов под-

вергнуться критической проверке, подобной той, что прошли религия и светские воплощения веры с позиции антропологизма. Такая проверка не может оставить за скобками вопрос о том, как психоаналитики действуют в своей работе и в профессиональном сообществе, а также о том, в какой мере выражены человеческие ценности, например те, которых придерживался Фрейд.

В приводимом ниже примере аналитик не испугался показать пациенту, что его образ Бога восходит к проекциям. Несмотря на то что тем самым он вступил «на тонкий теологический лед», опасность потери им контроля была кратковременной. Он провозгласил идею негативной теологии, которую понимал так: любое высказывание человека о Боге не может — по определению — постичь подлинно Божественную суть, а с другой стороны, нельзя обойтись без «изображения того, что на небе вверху, и что на земле внизу, и что в воде ниже земли» (Исход, 20:4). Подобной установке свойственна предельная открытость ко всем религиозным чувствам. Собирается ли атеист обсудить свое подавленное стремление к отцу или сектант желает непредвзято проверить функцию своей веры, предполагающей наступление конца света, — все эти конкретные вопросы мы не сможем обсудить здесь подробно. Решающее значение имеет сама открытость, которая в принципе позволяет аналитику лечить людей, принадлежащих к любой деноминации.

Религиозные вопросы встречаются в каждом случае анализа, хотя бы в связи с проблемой вины. Часто удается ограничиться происхождением *чувства вины* в процессе формирования Сверх-Я. В особенности депрессивные пациенты испытывают вину без серьезных к тому причин и без реальной вины. Туда, где бессознательное чувство вины тесно сливается с подавленными желаниями, не доберется ни исповедь, ни отпущение грехов. Именно на этой категории пациентов были открыты роль и значение интернализации карающих родителей и образов Бога, с них скопированных. Теология и психоанализ встречаются на пути от чувства вины к реальной вине (Buber, 1958).

Особенно часто с религиозными идеями сталкиваются при неврозах навязчивости. Психопатологическая форма навязчивых защитных ритуалов многообразно связана с суеверием и магической мыслью. Тревога и чувство вины, как и короткие периоды облегчения, вызванные типичными навязчивыми мыслями и компульсивными действиями, характеризуют синдром, при котором бесконечно прокручиваются один и тот же ход мысли и одна и та же последовательность событий. В очень серьезных случаях нормальное поведение почти невозможно. Содержание и форма невроза навязчивости приводят к мысли сравнить функцию ритуалов в психической жизни человека и в системах ве-

роисповедания. С позиции психоанализа вопрос сводится к определению влияния христианской веры и библейских историй на невротические страхи пациентов. Религиозные проблемы возникают в психоаналитическом лечении главным образом с пациентами, травмированными религией или ее представителями, что отлично видно в случае с Артуром Y. Таким образом, модификация симптомов всегда сопровождается модификациями образов Бога. Открытым остается вопрос, какие религиозные чувства остаются после того, как инфантильные и магические мысли теряют свое влияние на эмоциональную и интеллектуальную сферы душевной жизни человека. На сей счет теологами и психоаналитиками высказываются самые различные мнения (Gay, 1987; Küng, 1987; Meissner, 1984; Quervain, 1978; Wangh, 1989).

10.3.1 Образ Бога как проекция

Выдержки из случая с Артуром Y (разд. 6.4 и 8.2) показывают, что религиозные идеи и мотивы играли доминирующую роль в его симптомах навязчивости. Независимо от своих симптомов Артур Y часто противостоял аналитику по поводу религиозных вопросов о Божьей справедливости и сопоставимости различных образов Бога. История Авраама и Исаака стала примером зловещей и необъяснимой жертвы, в которой пациент был неспособен обнаружить и намека на любовь. Следующий пример взят из поздней фазы анализа Артура Y, когда он уже обрел бóльшую внутреннюю свободу. Вследствие огромного значения обсуждаемых здесь проблем в разделе 10.3.2 приводятся теологические комментарии под заголовком «Аналитик на тонком льду теологии?». Это название взято из высказывания пациента, обвинявшего *священников* в стремлении избежать некоторых тем, чтобы не оказаться на тонком льду.

Комментарии аналитика о контрпереносе ясно показали, что он чувствует себя небезопасно с проблемой, чреватой богохульством. «Примечания» и «комментарии» к этой выдержке появились после того, как были сделаны замечания теолога. Таким образом, замечания теолога относятся только к неоткомментированному диалогу.

Артур Y подчеркнул, что все еще не разобрался в своих чувствах относительно стремления к власти и силе. Несколько дней подряд он чувствовал себя прекрасно, и дела шли несравнимо лучше, чем раньше. Тем не менее он не мог решить, можно ли приписать это просто забыванию (тревоги). С ним случались рецидивы, длящиеся секунды, минуты или часы. Он признал, что контекст его тревоги сильно изменился. Плацдарм безопасно-

сти, необходимой для наслаждения жизнью, значительно расширился, и он даже научился быть щедрым, не опасаясь сразу же наступления банкротства. Однако же, добавил он, подспудно тревога продолжает в нем жить.

Две главные темы оставались источником стресса для Артура Y: сила и сексуальность. Он пришел, чтобы обсудить, как борьбу, направленную на то, чтобы отнять что-либо у ближнего или даже полностью разорить его, можно примирить с христианскими идеалами? Его коллега, которому он задал этот вопрос, взглянул на него удивленно и ответил: «Бог дал тебе способности, и если они привели тебя к успеху, то это не может быть не по-христиански». Артур Y должен был признать правоту коллеги, но добавил, что христианское прощение нельзя применять ко всякому без разбора. Он сказал, что идея свободы воли нереалистична и что необходимость подчинения ради преуспеяния в природе наблюдается везде — так дерево тянется к свету, — а кто не придерживается этого правила, тот чахнет. Его беспокоили религиозные проблемы. Он сказал, что на Рождество ему было трудно пойти к причастию.

П: Несколько лет назад мне казалось, что если не думать о своих страхах во время приема просфоры, то все будет в порядке. Но когда я съел просфору, меня пронзила мысль: «Убийца! Отрубить ему голову!» Я подумал о себе. Потом сумел переключиться на что-то другое и больше об этом не думать. То же самое произошло со мной несколько дней назад. Все было тихо и мирно, как вдруг я подумал о сцене причастия.

Религиозная тема оставалась в фокусе внимания пациента.

П: Рождество — праздник гармонии, но всего-навсего через несколько дней наступает день святого Стефана, отвратительная история с побиванием камнями этого святого, которого к тому же изгнали из города. Ради примирения Бог даже послал на распятие своего сына. Атеистическое воспитание породило во мне ощущение, что мир холоден и безжалостен, но реальный мир не согласовывался с моим естественным отношением к нему. И после ухода нацистов мать из оппортунистических соображений послала меня в церковь, где, к своему удивлению, я столкнулся с миром, который вас принимает, и где допустима даже тревога. Старый священник знал, как направить меня, но этот приятный опыт прервался в приходском интернате, где я встретился с этим ужасным представителем Господа.

В интернате он столкнулся с двумя такими представителями: отвратительно мерзким соблазнителем гомосексуалистом и откровенно жестоким садистом. Ему на ум пришли стихи Шиллера: «Он полз содрогаясь ко мне, полз монстр этот — злое тво-

рение ада в обличье людском. С тех пор поселился во мне тот призрак жестокого Бога». Ему хотелось повторить и другие стихи из шиллеровского «Искателя жемчуга», но не для того, чтобы показать, как много он знает.

Я обратил внимание пациента на его критическое к себе отношение, как к хвастуну. Это отчетливо проявилось, когда он сказал, что хотел бы прочесть другие стихи, но прервал себя из скромности. Я добавил, что если бы он продолжил рассказ, то пришел бы к теме власти, и не только той, что воздействует на него извне, через представителей жестокого Бога, но также к его собственной власти, к желанию властвовать, которое он бы мог употребить, чтобы отстоять себя перед лицом страшной силы.

Затем пациент рискнул приблизиться к скрывавшемуся монстру, что видно из его следующих слов: «Только тогда вы можете без страха встретиться с монстром, когда сами обладаете властью. Тогда ваша мощь столь же велика, как у людей, облеченных властью, убийц вроде Бога Отца, который не спас сына от смерти на кресте».

Примечание. В этот момент наступившей тишины меня молниеносно захватила проблема теодицеи, и особенно защиты Бога от упреков в том, что он — как творец мира — ответствен за все зло в нем. Кто ответствен за зло в этом мире? И как насчет человеческой свободы воли? Позже я читал о нескольких гипотезах, предлагающих философское и теологическое решение проблемы теодицеи. Но в тот момент я был захвачен мощным контрпереносом, заставляющим меня задуматься о собственном образовании. Я чувствовал, что за отрицательной формулировкой «Бог Отец не спас своего сына от смерти на кресте» скрывалось позитивное утверждение. Учитывая его всемогущество, тот факт, что он позволил его убить, означал, что он сам и был убийцей. Преодолевая сильное внутреннее сопротивление, борясь с обвинением, что совершаю кощунство, я довел общие для нас обоих рассуждения до логического конца и сказал: «Если развить эту мысль, то придется признать, что Бог Отец убил собственного сына».

Пациент был одновременно и шокирован, и испытал облегчение от того, что я четко высказал его мысль.

П: Скажи вы это священнику в то время, он бы ударил вас крестом по голове.

А: Мысли о мести возникают после того, как вас мучили. Вы не хотите быть похожим на мстительного Бога и тем не менее все-таки желаете на него походить. Как вы заметили, священник ударил бы *меня* крестом по голове. Предполагается, что жертвенная смерть Христа стерла и искупила всю человеческую вину.

П: Да, но это не слишком убедительно.

А: Сын подчиняется: да будет воля твоя, но не моя.

П: Естественный вопрос: как нечто подобное могло в течение двух тысячелетий очаровывать и покорять так много людей? Страх и очарование. Упади просфора на пол, случилась бы катастрофа. Да, нельзя касаться Господа пальцами. У меня бы просто не хватило нервов действовать так тупо, как действовал Бог, убив своего сына. Да если бы я посмел только вообразить это, то был бы наказан. Потом я должен был бы убить своих детей. Мне нужно время, чтобы обдумать все это и прийти к логическим выводам.

А: Да, если бы вы сами произнесли сказанное мною, сами выразили свою критику, возмутились пережитым вами порабощением, восстали бы против тех, кто облечен властью, то вас бы забили как свинью [аллюзия с мазохистскими мыслями пациента].

П: Однажды вы сказали, что вы — протестант и воспитывались в христианстве. Как вы смогли произнести, что Бог — убийца, ведь вы христианин? Как это может сочетаться?

Довольно долго я пытался что-то сообразить и после длительной паузы дал уклончивый ответ: «Что христианские теологи говорят об этом?» Я напомнил общетеологическое утверждение о том, что жертвенная смерть есть символ любви Господней. Возможность обсудить эти вещи, долгое время мучившая пациента, принесла ему видимое облегчение.

П: Счастье или страх я должен испытывать от того, что сумел поговорить об этом? Меня не удовлетворило сказанное вами.

А: Конечно, вы не можете быть удовлетворены этим.

Примечание. Я не думал ни о чем, кроме как о подтверждении его чувства неудовлетворенности. Я прибег к обобщению, так как в тот момент не знал, куда двигаться. По крайней мере у меня появилось больше свободы для некоторых терапевтически более полезных фраз. Мое подтверждение ободрило пациента, позволило — благодаря его неудовлетворенности — интенсивнее отрефлексировать проблему. В итоге моя уклончивость не имела никаких продолжительных негативных последствий, что показал дальнейший курс терапии.

Затем пациент заговорил о фильме про Дона Камилло и Пеппоне — вымышленных священника и политика-коммуниста из маленького итальянского городка.

П: Дон Камилло разговаривал с Богом так, будто они были ровней. Он носил крест и обращался к Богу или Христу, как человек к человеку. «Держись крепче!» — взывал он к небесам, когда хотел ударить крестом обо что-нибудь. Одна из сторон Бога подобна учителю-садисту. Соответствующая этому идея такова: «Утка, держись ниже, прячься в зарослях,

чтобы не бросаться в глаза». Это, наверное, как в концентрационном лагере. Человек был в чуть-чуть большей безопасности, если не привлекал внимания. Но тогда, значит, нужно ползать червем, быть тише воды ниже травы или даже лучше — зарыться в землю.

А: Стало быть, Дон Камилло говорил с Богом, будто тот был ему ровня, и вопрошал: «Почему ты не помешал убить твоего сына?» Он не спросил: «Почему ты убил сына?» Ибо это был бы активный поступок. Вопрос, почему Бог не воспрепятствовал жертвенной смерти, до сих пор занимает умы теологов. Согласно Библии, власть и могущество Бога распространяются на небеса и землю.

П: Да, это убедительно, но нужно иметь крепкие нервы, чтобы говорить об этом. Я вспомнил радиопьесу о богохульнике, которому угрожали, что его убьет молнией. Вскоре началась гроза. По пьесе, во время грозы он трясся от страха, пока она не кончилась, — а в результате остался цел и невредим.

А: Многие не осмеливаются использовать свой разум, мыслить. Гром и молния немедленно следуют за богохульством. Вы наказаны внутренним громом, посланным вам всемогущим учителем — Богом на небесах.

Примечание. Моя цель состояла в том, чтобы персонифицировать явления природы и создать нечто общее между разного рода вспышками: молнии, идеи; или же обнаружить сходство между полосами всесилия и бессилия. Комментарий о Боге как об учителе содержал намек на учителя-садиста, метавшего громы и молнии, которые — в свою очередь — грозовым эхом отозвались в неврозе навязчивых идей пациента.

П: Да, Дон Камилло поступал в чем-то неправильно. На распятии просил у Бога прощения и обещал не докуривать свою сигару, что было для него огромной жертвой. Как только он погасил сигару, с распятия Бог произнес: «Не просто потуши — выброси, а не клади в карман». И действительно у Дона Камилло уже возникла мысль докурить потом эту сигару в трубке. Он был уличен в этом помысле — забавная история.

А: Да, этот Бог может и забавлять, но другой — тот, что вошел в вашу жизнь в образе учителя-садиста, — жестокий...

На следующем сеансе пациент заговорил о раскрепощающем эффекте последнего сеанса, хотя его и шокировали мои утверждения. Он стал свободнее в разговоре о тех предметах, которые ранее выносились за скобки. И все-таки что-то зловещее оставалось.

П: Могли явиться всадники Апокалипсиса, или, проще, могло бы произойти что-то похожее на случай в интернате, когда один

мальчик был избит так зверски, что покончил с собой. Все это сильно сказалось на моем развитии.

А: Вполне естественно, что зловещее забывается. Вот почему все, что произошло во время прошлого сеанса, показалось вам новым, словно вам никогда прежде такие мысли и не приходили в голову.

П: Правда, но раньше вы никогда не высказывали их так откровенно. Бог, убийца, здание должно было бы обвалиться.

А: Вам лучше не просто потому, что катастрофы не произошло, а потому, что это произнес я. Если Бог разгневается и убьет кого-то, то не вас, а меня. Я был плохим парнем, богохульником.

П: Да, вы сказали, но я дал повод — вот что заставило меня трепетать. Меня успокоило лишь то, что это сказали вы, а не я. Лишь потом я почувствовал также и гордость. Поначалу был в ужасе и шоке. Нет, я скорее горд тем, что зашел так далеко, но меня еще несколько заботит, что именно я спровоцировал вас произнести нечто кощунственное. Я знаком с вами достаточно давно, чтобы понимать, что вас следует принимать всерьез, но от ответа на вопрос, как вы смогли прийти к таким мыслям, вы увильнули, прикрывшись теологическими объяснениями. Вы не высказали собственного мнения. Но вернемся к Дону Камилло и к его спору с Богом о распятии. Дон Камилло спросил: «Почему ты не воспрепятствовал тому, что произошло?» Этот вопрос сформулирован гораздо слабее. Ведь нельзя же ни с того ни с сего произносить такие богохульные вещи. Не у одного меня перехватит дыхание; тысячи среагируют так же. Я рассказал вам историю о просфоре, которой не мог позволить упасть на пол.

А: Да, я отвечаю за то, что сказал. И вам легче от того, что я беру на себя эту ответственность.

П: В последние дни я кое-что подметил за собой. Я заметил, что иногда пытаюсь избежать визуального контакта. Если я не смотрю ему или им в глаза, они ничего не могут мне сделать. [Долгое молчание.] Мне не по душе ваше замечание о том, что я ничем не рискую, раз вы сделали первый ход. Словно вы отобрали у меня что-то, что могло быть моим, — немножко мужества. Впрочем, вы можете смотреть на это иначе [пациент рассмеялся]. Вы можете сказать, что, после того как сделали первый ход, я набрался мужества пойти за вами.

А: Или пойти своим путем.

П: Я хотел бы вернуться назад и прямо вас спросить: не страшно ли вам произносить такие вещи? Не зашли ли вы на самом деле несколько дальше, чем следовало? Не потеряли ли вы контроль над собой? Или память меня обманывает? Трудно

представить, что это я побудил вас зайти так далеко, — а значит, ваши эмоции взяли над вами верх; это по крайней мере объясняет то, что вы сказали.

А: Если бы вы обладали такой властью и спровоцировали меня на богохульство, это было бы жутко?

П: Ну да. Мне только что пришло в голову, что я предложил моему коллеге — управляющему — решение одной проблемы и оно ему очень понравилось. Почему мне так трудно допустить, что и у меня могут быть какие-то хорошие идеи? Итак, если бы в моей власти было спровоцировать вас на такие высказывания, то, похоже, это не показалось бы мне сейчас таким зловещим, как раньше.

А: Да, именно вы подвели меня к данному рассуждению. Но я не потерял контроль — ведь я находился в компании многих очень известных теологов. Дело в том, что фундаментальный вопрос христианской теологии состоит в том, откуда исходит зло. Поскольку именно Бог сотворил мир, то непонятно, почему он не избавил его от зла. Иначе говоря, почему он допустил убийство своего сына. Я специально опускаю промежуточный шаг, так отчетливее видно, что косвенное или вторичное действие — также поступок.

П: В глубине души меня мучил страх, что на сей счет нельзя рассуждать или строить интеллектуальные модели. Выходит, это не только моя проблема. Эти противоречия затрагивают не только меня, а миллионы людей. Почему, если эта проблема интересует каждого, ее не обсуждают в церкви? Потому что священники боятся ступить на тонкий лед?

Пациент заговорил о проповедях, которые посвящены таким темам, как любовь, ненависть, жертвенность, утешение, — темам, разработанным еще в дохристианской мифологии. Он сказал:

П: Меня удивляет, что никто не задает вопроса о том, почему говорится: «Боже *милостивый*». Я мог бы ответить на этот вопрос, исходя из своего опыта, — у меня отбили желание задавать вопросы, содержащие критику.

Такими мыслями завершился этот сеанс. Он оказался памятным обоим участникам и помог пациенту найти ресурсы для интеграции некоторых проекций своего Я.

10.3.2 Аналитик на тонком льду теологии?

Для лучшего осмысления этого впечатляющего сеанса, который, кажется, представляет собой концентрированную версию проблемы, волнующей все человечество, необходимо прежде всего проанализировать следующие пять аспектов.

Во-первых, что мы узнали из этой виньетки о пациенте, его болезни и о прогрессе в лечении в связи с событиями его биографии?

Ощущение пациентом своей силы и власти было связано со страхом причинить вред кому-то из близких людей. Фантазии о всемогуществе, в которых его собственные мысли приписывались магической силе, оборачивались таким образом, что превращали пациента в бессильную жертву, которой, например, было на роду написано экономическое фиаско. Он словно принадлежал двум мирам: тому, где он жил и трепетал от страха, и другому, наполненному садизмом и сексуальностью, — этот мир он интернализовал с помощью идентификаций. Хотя пациент «приходил в ужас при мысли о зависти богов», теперь он был в состоянии понять, что презренная тяга к власти гнездилась в нем самом. И все-таки он еще не мог осознать собственной двойственности, поскольку его сопротивление стремилось четко разграничить сферы добра и зла. В символическом взаимодействии первый ход сделал аналитик. Он поставил себя на место пациента и произнес богохульную мысль о двойственности Бога. Благодаря такой защите пациент смог подступиться к осознанию собственной амбивалентности. Последняя, однако, не может быть встроена в логическую структуру.

Отбросив табу, аналитик открыл пациенту «законные» пути к власти над своей судьбой.

Во-вторых, какую роль в этом лечении играли религиозные фантазии пациента, особенно на фоне его религиозного воспитания? Способствовали ли они его лечению или только усилили сопротивление? Какие интерпретации пациент использовал сам, а какие подсказала психоаналитическая теория?

Очевидно, что у Артура Y была способность к самовыражению в мифах. Когда он ее реализовал, то оказалось, что нет никакой разницы между внешним миром и внутренним, между идеальным и материальным. Объект и субъект оказались неразделимы. Он чувствовал себя так, словно был полем битвы сверхъестественных сил, которые любой ценой следовало разъединить. Все было нормально, если во время причастия он не был вынужден постоянно избегать мыслей о зле. После причастия двойственность проходила. Однако он все же чувствовал, что это не решение, и искал возможности выразить амбивалентность. Мимоходом он обронил: «Бог, допустивший ради примирения распятие собственного сына». Образ «жестокого Бога», Бога-убийцы высветил темную сторону его желания быть могущественным, властным. Он обратился к образу Дона Камилло, чтобы интерпретировать дилемму о всемогущем и в то же время страдающем Боге. Ирония состояла в том, что описанный им Бог

обладал чувством юмора и принимал двойственность своего земного представителя, так же как и пациент сам сумел принять тот факт, что аналитик временно выполнял функцию замещения, и после нашел новые возможности использовать собственную силу.

Довольно часто проявление мифических структур в психоанализе дает хороший повод для рассмотрения одной из фундаментальных проблем психоаналитической теории, а именно: ее «научное» самопонимание в противовес «мифическим» ментальным структурам многих пациентов. Психоанализ сам — как наука, в которой «понимание» и «объяснение» связаны уникальным образом (Thomä, Kächele, 1973; Körner, 1985, pp. 51 ff.), — приводит к существенной ревизии интеллектуального климата, что особенно сильно проявляется в переосмыслении проблемы мифа в науке. Надежда на то, что любая мифология будет сочтена проекцией бессознательных желаний и фантазий и тем самым полностью переложена на язык глубинной психологии, оказалась иллюзией (Pfister, 1928).

Некоторые философы сегодня настаивают на том, что для науки и философии нет никакой теоретической необходимости отвергать мифы (Hübner, 1985, p. 343). «Пока существует цивилизация, неизбежны и мифы, которые в крайне простой форме задают основные ценности» (Kolakowski, 1974, p. 40). Наоборот, сравнимый по силе с извержением вулкана неуправляемый процесс возврата вытесненных мифов расценивается как слабость нашей цивилизации (Hübner, 1985, pp. 15 f.). Во многих проявлениях нашей цивилизации скрывается элемент мифического (Hübner, 1985, pp. 293 ff.). Более того, сознательное исследование мифологического материала может открыть путь к вытесненным желаниям (Heinrich, 1986, p. 240). Многое указывает на то, что место демифологизации теперь занимает ремифологизация (Schlesier, 1981; Vogt, 1986). На этом прервем философское отступление и вернемся к стратегии вмешательства в случае с Артуром Y.

В-третьих, каковы наши ощущения по поводу аналитика в его отношениях с пациентом и его религиозными идеями?

Вначале аналитик выступил в роли адвоката «реальности». Он не постеснялся встать на реалистическую точку зрения. Он пытался использовать идею «природы» как посредника между помпезными, утопическими идеями и теми условиями, что существуют в действительности. Он, вероятно, опасался, что два полюса амбивалентности пациента окончательно утеряют связь друг с другом. Аналитик поднял эту амбивалентность на новый уровень, сославшись на духовную мудрость пациента, одновременно указав на его критические импульсы, принимающие фор-

му скрытого презрения и насмешки. Он воспользовался религиозной фантазией пациента (распятие как оружие), чтобы привлечь его внимание к его садистским фантазиям. Чтобы показать, что восстание тоже страшно карается, он пытался указать ему на сцену его «подчинения». Он высказал за пациента богохульную мысль о двойственности Бога, но когда пациент настойчиво просил все согласовать, тут же ретировался на общетеологическую позицию. Конечно, пациент не удовлетворился такой реакцией, и аналитику снова пришлось апеллировать к двойственности пациента. На сей раз он обратился к теории двуликости Бога (Бог Дона Камилло и Бог соблазнителя-садиста), что показало пациенту скрытую в нем самом властную силу, которая однажды уже спровоцировала аналитика на богохульное заявление. Пугающие и изолирующие аспекты двойственности пациента были введены, с одной стороны, через идентификацию с аналитиком, а с другой — присовокуплены к общей проблеме человечества, логически неразрешимой и остающейся без ясного ответа.

Итак, аналитик оказался перед дилеммой — выставить ли в качестве объекта идентификации на первый план себя и свои религиозные (или нерелигиозные) воззрения или же оставить пациента в одиночестве, сведя все к общечеловеческой проблеме, или «теологической топограмме», абстрактный уровень которой снимал с аналитика всякую ответственность.

Что может помочь аналитику сориентироваться в такой непростой дилемме, полностью замалчиваемой как психоаналитической теорией, так и методикой? Ошибочно полагать, что далекие от жизни мифические и религиозные образы рассосутся сами собой. Может ли аналитик позволить себе остаться в роли безучастного наблюдателя, ждать и подмечать, как все развивается само собой? Определенно было бы роковой ошибкой так понимать внутреннюю динамику терапевтического процесса. Более того, аналитику следует попытаться предельно хорошо осознать собственные установки в отношении религии, чтобы справиться со своим контрпереносом в интересах пациента. Это верно, даже если аналитик пытается как можно дольше оттянуть принятие решения в случае возникновения конфликта между его системой ценностей и системой ценностей пациента. Потому я спрашиваю:

В-четвертых, каким образом тема религии присутствует в ситуации анализа, а также во взаимодействии переноса и контрпереноса?

На структуру описанной выше сцены сильно повлиял характер функции замещения, и именно так, как это было истолковано аналитиком. В качестве дополнительного Я он поставил се-

бя на место пациента и высказал то, что пациенту произнести было не по силам. Высказывание обладало характерными чертами религиозных воззрений пациента. Тем не менее мне кажется примечательным, что здесь перенос был оформлен не образом его отца (о котором в этой сцене не сказано ни слова), а образом сына. Последний, хоть и послушен (пусть даже часто и не признавал авторитетов), все же нарушил наложенное его отцом табу, допустив богохульную мысль о двойственности, которая символизировала восстание и возмущение. Мне кажется, даже контрпереносу аналитика была присуща двойственность. С одной стороны, он относился к себе как к представителю реальности, а с другой — он так увлекся религиозными фантазиями пациента, что приписал им надындивидуальную действительную сущность, что дало пациенту почувствовать связь как с аналитиком, так и со всем человечеством. За этой вспышкой мысли не последовало наказания — и это помогло пациенту ослабить защитные механизмы отрицания, изоляции, уничтожения и ощутить свою двойственность.

Таким образом, эта сцена ясно показывает амбивалентность религиозных фантазий. Фантазии отчетливо отражали состояние аналитического процесса. Обращение пациента к религиозным идеям может помочь лечению, если аналитик достиг определенной степени осознания своей позиции в этих вопросах. Он должен четко представлять роль, которую мифологические и религиозные фантазии играют в самопознании цивилизации и в ее отношении к собственной истории мысли. И пусть лелеемые ранними психоаналитиками надежды на «просвещение» не сбылись, это не дает оснований для некритического описания мифов как «вездесущих, трансисторических, скрыто присутствующих, извечно воскрешающих (и тем устанавливающих) внутренние узы между людьми всех времен и народов» изначальных феноменов (Drewermann, 1984, p. 165). Проникновение в историческую трансформацию мифов не позволяет подтвердить этого; равно и некоторые другие взгляды Древерманна сомнительны с психодинамической и теологической точек зрения (Görres, Kasper, 1988).

Отведя понятию «работа» центральное место в терапии и в описании внутрипсихических событий, Фрейд конкретизировал решающий момент в проблеме соотношения природы и истории. Природа человека приобретает свою историю посредством психической работы, и психоаналитик активно участвует в этом процессе как на личностном, так и на коллективном уровнях. Независимо от своего желания он неизбежно вовлекается в «работу с мифами», относящуюся к числу самых неотложных задач (Blumenberg, 1981, pp. 291 ff.). Ему следует брать на себя

такую ответственность с бóльшими осознанием и готовностью, чем теперь. Это подводит к моему последнему вопросу, который, собственно, и побудил меня выделить этот отрывок из терапии.

В-пятых, почему психоаналитики обращаются к проблеме религии с такой неуверенностью, с такими колебаниями, словно наталкиваются на табу, и почему нарушение табу — одна из важнейших задач психоанализа?

Фрейд первым трансформировал мифологию в психологию бессознательного и был убежден, что «отход от религии фатально неизбежен, ибо неизбежен процесс роста» (Freud, 1927c, p. 43).

Факт вездесущности религиозных идей, принимающих более или менее радикальные формы во многих случаях анализа, побуждает признать за ними их относительную обоснованность. В конечном счете они дают прекрасный способ выражения психологической реальности, которая с трудом поддается описанию обыденным языком, насквозь пропитанным целенаправленной рационализацией. Конечно, затем придется приложить усилия, чтобы обнаружить существенные различия! Очевидно, что в обсуждаемом здесь случае содержатся две различные религиозные идеи. С одной стороны, была попытка отделить священное от ложного, добро от зла, возвести их в ранг абсолютов и натравить друг на друга. С другой стороны, существовала возможность объединить обе стороны этого амбивалентного конфликта с помощью идеи замещения, ведь, несмотря на неизбежные при таком повороте логические противоречия, пациент испытал облегчение и эмоциональное раскрепощение.

С точки зрения продвижения в терапии кажется несомненным, что первая идея подавляла (тормозила) пациента, тогда как вторая отчетливо способствовала его развитию. И все-таки трудно определить, психоанализ ли привел к этому или данный результат нужно рассматривать как следствие эволюции человеческого самосознания — и религии как одного из способов его выражения?

Психологическое понимание религии (см.: Nase, Scharfenberg, 1977), достигшее расцвета на заре психоанализа, по всей видимости, зашло в тупик, поскольку надежды на окончательный переход в психоанализ не оправдались. Однако именно оно нарушило табу, состоявшее в том, что мифические и религиозные идеи должны почитаться везде и всюду как воплощение вечных и высших ценностей. Раскрытие амбивалентности этих ценностей поставило задачу их проработки, которой Оскар Пфистер — забытый и психоаналитиками, и теологами соратник Фрейда — посвятил всю жизнь (см.: Freud, Pfister, 1963). С тех

пор психоаналитическая критика религии развивалась дальше и приняла новые формы (см.: Scharfenberg, 1968; Küng, 1979, 1987; Meissner, 1984), породив совершенно новую ситуацию, и отдаленно не напоминающую враждебные выпады времен младенчества психоанализа. Однако вклад в развитие новой ситуации со стороны психоанализа все еще недостаточен. Выдержки из клинических случаев — объект данного комментария — ясно показывают, как настоятельно необходимо это сотрудничество, уже разрушившее многие религиозные табу.

Библиография

Abraham K (1921) Beitrag zur Tic-Diskussion. Int Z Psychoanal 7:393-396, quoted from Abraham K (1969) Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung. Fischer, Frankfurt am Main, pp 64-68

Abraham K (1924) Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig

Adler A (1927) Studie über Minderwertigkeit von Organen. Bergmann, Munich

Ahrens S (1986a) Alexithymia and affective verbal behavior of psychosomatic patients and controls. In: Gottschalk LA, Lolas F, Viney LL (eds) Content analysis of verbal behavior. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 207-214

Ahrens S (1986b) Experimentelle Untersuchungen affektiver Reaktionen bei psychosomatischen Patienten. Psychother Med Psychol 36:47-50

Ahrens S (1987) Alexithymie und kein Ende? Versuch eines Resümees. Z Psychosom Med 33: 201-220

Ahrens S (1988) Die instrumentelle Forschung am instrumentellen Objekt. Kritik der Alexithymie-Forschung. Psyche 42:225-241

Ahrens S, Deffner G (1985) Alexithymie — Ergebnisse und Methodik eines Forschungsbereiches der Psychosomatik. Psychother Med Psychol 35:147-159

Aichhorn A (1925) Verwahrloste Jugend. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig

Albert H (1971) Theorie und Praxis. Max Weber und das Problem der Wertfreiheit und der Rationalität. In: Albert H, Topitsch E (eds) Werturteilsstreit. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, pp 200-236

Alexander F (1935) Über den Einfluß psychischer Faktoren auf gastrointestinale Störungen. Int Z Psychoanal 21:189-219

Alexander F (1951) Psychosomatische Medizin. De Gruyter, Berlin

Alexander F, French T, Pollock G (1968) Psychosomatic specificity. University of Chicago Press, Chicago

Amsterdam BK, Greenberg LG (1977) Self-conscious behavior of infants. Developm Psychobiol 10:1-6

Amsterdam BK, Levitt M (1980) Consciousness of self and painful self-consciousness. Psychoanal Study Child 35:67-83

Anchin JC, Kiesler DJ (eds) (1982) Handbook of interpersonal psychotherapy. Pergamon, New York

Anderson CM (1986) The all-too-short trip from positive to negative connotation. J Marital Family Therapy 12:351-354

Angst W (1980) Agression bei Affen und Menschen. Springer, Berlin Heidelberg New York

Anzieu A (1977) Review of Winnicott DW: Fragment d'une analyse. Payot, Paris 1975. Bulletin 11 European Psychoanalytic Federation, pp 25-29

Anzieu D (1986) Une Peau pour les Pensées: Entretiens avec Gilbert Tarrab. Clancier-Guenaud, Paris

Argelander H (1978) Das psychoanalytische Erstinterview und seine Methode. Ein Nachtrag zu Freud's Fall «Katharina». Psyche 32:1089-1104

Arlow JA (1979) The genesis of interpretation. J Am Psychoanal Assoc 27:193-206

Arlow JA (1982) Psychoanalytic education: a psychoanalytic perspective. Annu Psychoanal 10:5-20

Arlow JA, Brenner C (1988) The future of psychoanalysis. Psychoanal Q 57:1-14

Bachrach HM, Weber JJ, Murray S (1985) Factors associated with the outcome of psychoanalysis. Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (IV). Int Rev Psychoanal 12:379-389

Bahnson CB (1986) Das Krebsproblem in psychosomatischer Dimension. In: Uexküll T von (ed) Psychosomatische Medizin, 3rd edn. Urban und Schwarzenberg, Munich, pp 889-909

Balint M (1935) Zur Kritik der Lehre von den prägenitalen Libidoorganisationen. Int Z Psychoanal 21:525-543

Balint M (1948) On genital love. Int J Psychoanal 29:34-40

Balint M (1965) Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Klett, Stuttgart

Baranger M, Baranger W, Mom J (1983) Process and non-process in analytic work. Int J Psychoanal 64:1-15

Bartels M (1976) Selbstbewußtsein und Unbewußtes. Studien zu Freud und Heidegger. De Gruyter, Berlin

Beckmann D (1974) Der Analytiker und sein Patient. Untersuchungen zur Übertragung und Gegenübertragung. Huber, Bern

Beckmann D, Richter HE (1972) Gießen-Test. Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Huber, Bern

Beigler JS (1975) A commentary on Freud's treatment of the rat man. Annu Psychoanal 3:271-285

Benedetti G (1980) Beitrag zum Problem der Alexithymie. Nervenarzt 51:534-541

Benkert O, Hippius H (1980) Psychiatrische Pharmakotherapie, 3rd edn. Springer, Berlin Heidelberg New York

Bergmann P (1966) An experiment in filmed psychotherapy. In: Gottschalk LA, Auerbach HA (eds) Methods of research in psychotherapy. Appleton-Century-Crofts, New York, pp 35-49

Bernfeld S (1932) Der Begriff der «Deutung» in der Psychoanalyse. Z Angew Psychol 42:448-497

Bernfeld S (1941) The facts of observation in psychoanalysis. J Psychol 12:289-305

Bernstein B, Henderson D (1975) Schichtspezifische Unterschiede in der Bedeutung der Sprache für die Sozialisation. In: Bernstein B (ed) Sprachliche Kodes und soziale Kontrolle. Schwann, Düsseldorf, pp 22-45

Bertin C (1982) Marie Bonaparte. A life. Harcourt Brace Jovanovich, San Diego

Bettelheim B (1982) Freud and man's soul. Knopf, New York

Bilger A (1986) Agieren: Probleme und Chancen. Forum Psychoanal 2:294-308

Bion WR (1959) Attacks on linking. In: Bion WR (ed) Second thoughts. Heinemann, London, pp 93-109

Black M (1962) Models and metaphors. Cornell University Press, Ithaca

Blarer A von, Brogle I (1983) Der Weg ist das Ziel. Zur Theorie und Metatheorie der psychoanalytischen Technik. In: Hoffmann SO (ed) Deutung

und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt am Main, pp 71-85

Blos P (1962) On adolescence. A psychoanalytic interpretation. Free Press, New York

Blos P (1970) The young adolescent. Clinical studies. Free Press, New York

Blos P (1983) The contribution of psychoanalysis to the psychotherapy of adolescents. Adolescent Psychiatry 11:104-124

Blumenberg A (1981) Arbeit am Mythos. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Blumenberg H (1960) Paradigmen zu einer Metaphorologie. Arch Begriffsgesch 6:7-142

Blumer H (1973) Der methodische Standpunkt des symbolischen Interaktionismus. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (eds) Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, vol 1. Rowohlt, Reinbek, pp 80-146

Blos P (1985) Son and father. Before and beyond the Oedipus complex. Free Press, New York

Bohleber W (1982) Spätadoleszente Entwicklungsprozesse. Ihre Bedeutung für Diagnostik und psychotherapeutische Behandlung von Studenten. In: Krehci E, Bohleber W (eds) Spätadoleszente Konflikte. Indikation und Anwendung psychoanalytischer Verfahren bei Studenten. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen, pp 11-52

Bolland J, Sandler J (1965) The Hampstead Psychoanalytic Index. International University Press, New York

Boor C de (1965) Zur Psychosomatik der Allergie, besonders der Asthma bronchiale. Huber/Klett, Bern/Stuttgart

Boszormenyi-Nagy I (1965) A theory of relationship. In: Boszormenyi-Nagy I, Framo LJ (eds) Intensive family therapy, vol 1. Harper and Row, New York, pp 33-86

Bowlby J (1973) Separation. Anxiety and anger. Hogarth, London

Bowlby J (1981) Psychoanalysis as a natural science. Int Rev Psychoanal 8:243-256

Brancher KD (1982) The age of ideologies. Weidenfeld and Nicholson, London

Brähler E (1986) Körpererleben - ein vernachlässigter Aspekt der Medizin. In: Brähler E (ed) Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 3-18. English translation: Body experience. Springer, Berlin Heidelberg New York 1988

Brandt LW (1961) Some notes on English Freudian terminology. J Am Psychoanal Assoc 9:331-339

Brandt LW (1972) Mindless psychoanalysis. Contemp Psychol 17:189-191

Brandt LW (1977) Psychoanalyse versus psychoanalysis: traduttore, traditore. Bedeutungsunterschiede zwischen psychoanalytischen Grundbegriffen im Englischen und Deutschen. Psyche 31:1045-1051

Braun H-J, Holzhey H, Orth OW (1988) Über Ernst Cassirers Philosophie der symbolischen Formen. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Bräutigam W (1954) Grundlagen und Erscheinungswesen des Torticollis pasticus. Nervenarzt 25:451-462

Bräutigam W (1956) Extrapyramidale Symptome und umweltabhängige Verhaltensstörungen. Nervenarzt 27:97-98

Bräutigam W (1984) Werte und Ziele in psychoanalytischen Therapien 1984. Z Psychosom Med Psychoanal 30:62-71

Bräutigam W, Christian P (1986) Psychosomatische Medizin, 4th edn. Thieme, Stuttgart

Bräutigam W, Rad M von, Engel K (1980) Erfolgs- und Therapieforschung bei psychoanalytischen Behandlungen. Z Psychosom Med Psychoanal 26:101-118

Brockhaus Enzyklopädie (1971), 17th edn, vol 12. Brockhaus, Wiesbaden, p 470

Bromley DB (1986) The case-study method in psychology and related disciplines. Wiley, New York

Brull HF (1975) A reconsideration of some translations of Sigmund Freud. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 12:273-279

Bruner J (1986) Actual minds, possible worlds. Harvard University Press, Cambridge

Buber (1958) Schuld und Schuldgefühle. Schneider, Heidelberg

Bucci W (1985) Dual coding: a cognitive model for psychoanalytic research. J. Am Psychoanal Assoc 33:571-607

Bühler K (1934) Sprachtheorie. Fischer, Stuttgart

Bürgin D (1980) Das Problem der Autonomie in der Spätadoleszenz. Psyche 34:449-463

Cannon WB (1920) Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. Appleton, New York

Cardinal M (1975) Les Mots pour le dire. Grasset et Fasquelle, Paris

Carveth DL (1984) The analyst's metaphors. A deconstructionist perspective. Psychoanal Contemp Thought 7:491-560

Charlier T (1987) Über pathologische Trauer. Psyche 41:865-882

Chassaguet-Smirgel (ed) (1974) Psychoanalyse der weiblichen Sexualität. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Cheshire NM, Thomä H (eds) (1987) Self, symptoms and psychotherapy. Wiley, New York

Cheshire N, Thomä H (1991) Metaphor, neologism and «open texture»: implications for translating Freud's scientific thought. Int Rev Psychoanal 18:429-455

Christian P (1986) Moderne Handlungstheorie und der «Gestaltkreis». Ein Beitrag zum Werk von Viktor von Weizäcker mit klinischen Beispielen zum Verständnis psychomotorischer Störungen. Praxis Psychother Psychosom 31:78-86

Christoffel H (1944) Trieb und Kultur. Zur Soziologie, Physiologie und Psychohygiene der Harntriebhaftigkeit mit besonderer Berücksichtigung der Enuresis. Schwabe, Basel

Colby KM, Stoller RJ (1988) Cognitive science and psychoanalysis. Analytic Press, Hillsdale

Compton AA (1972a) A study of the psychoanalytic theory of anxiety. I. The development of Freud's theory of anxiety. J Am Psychoanal Assoc 20:3-44

Compton AA (1972b) A study of the psychoanalytic theory of anxiety. II. Developments in the theory of anxiety since 1926. J Am Psychoanal Assoc 20:341-394

Compton AA (1980) A study of the psychoanalytic theory of anxiety. III. A preliminary formulation of the anxiety response. J Am Psychoanal Assoc 28:739-773

Cooper AM (ed) (1985) The termination of the training. International Psychoanalytic Association monograph series, vol 5

Covner BJ (1942) Studies in phonographic recordings of verbal material: I. The use of phonographic recordings in counseling practice and research. J Consult Psychol 6:105-113

Cremerius J (1977) Ist die «psychosomatische Struktur» der französischen Schule krankheitsspezifisch? Psyche 31:293-317

Cremerius J (1981a) Die Präsenz des Dritten in der Psychoanalyse. Zur Problematik der Fremdfinanzierung. Psyche 35:1-41

Cremerius J (1981b) Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut. Seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten. In: Ehebald U, Eickhoff FW (eds) Humanität und Technik in der Psychoanalyse. Jahrb Psychoanal, Beiheft 6. Huber, Bern, pp 123-158

Cremerius J (1984a[1966]) Schweigen als Problem der psychoanalytischen Technik. In: Cremerius J (ed) Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik, vol 1. Frommann-Holzboog, Stuttgart, pp 17-54

Cremerius J (1984b[1975]) Der Patient spricht zuviel. In: Cremerius J (ed) Vom Handwerk des Psychoanalytikers: Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik, vol 1. Frommann-Holzboog, Stuttgart, pp 55-76

Cremerius J, Hoffmann SO, Trimborn W (1979) Psychoanalyse, Über-Ich und soziale Schicht. Die psychoanalytische Behandlung der Reichen, der Mächtigen und der sozial Schwachen. Kindler, München

Dahl H, Kächele H, Thomä H (eds) (1988) Psychoanalytic process research strategies. Springer, Berlin Heidelberg New York

Danckwardt J (1978) Zur Interaktion von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Eine klinische Studie über die Wirkung von Parametern bei einer periodisch psychotischen Patientin. Psyche 32:111-154

Deutsch F (1949) Thus speaks the body. An analysis of postural behavior. Trans NY Acad Sci Series II, 12(2):58-62

Deutsch F (1952) Analytic posturology. Psychoanal Q 21:196-214

Deutsch F (1959) On the mysterious leap from the mind to the body. International University Press, New York

Deutsch H (1926) Okkulte Vorgänge während der Psychoanalyse. Imago 12:418-433

Deutsch H (1930) Psychoanalyse der Neurosen. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Vienna

Dewald PA (1972) The psychoanalytic process. A case illustration. Basic, New York

Dewald PA (1982) Serious illness in the analyst: transference, countertransference, and reality responses. J Am Psychoanal Assoc 30:347-363

Doolittle H (1956) Tribute to Freud. Pantheon, New York

Drewermann E (1984) Tiefenpsychologie und Exegese. Walter, Olten

Dührssen A (1962) Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Petienten nach analytischer Psychotherapie. Z Psychosom Med 8:94-113

Dupré W (1973) Mythos. In: Krings H, Baumgartner HM, Wild C (eds) Handbuch philosophischer Grundbegriffe. Kösel, Munich, pp 948-956

Düsing E (1986) Intersubjecktivität und Selbstbewußtsein. Behavioristische, phänomenologische und idealistische Begründungstheorien bei Mead, Schütz, Fichte und Hegel. Verlag für Philosophie, Cologne

Eagle M (1973a) Validation of motivation formulations: acknowledgement as a criterion. Psychoanal Contemp Sci 2:265-275

Eagle M (1973b) Scherwood on the logic of explanation in psychoanalysis. Psychoanal Contempt Sci 2:331-337

Eagle M (1984) Psychoanalysis and «narrative truth»: a reply to Spence. Psychoanal Contemp Thought 7:629-640
Eckstaedt A (1986) Two complementary cases of identification involving «Third Reich» fathers. Int J Psychoanal 67:317-328
Edelson M (1972) Language and dreams: the interpretation of dreams revisited. Psychoanal Study Child 27:203-282
Edelson M (1975) Language and interpretation in psychoanalysis. Yale University Press, New Haven
Edelson M (1985) The hermeneutic turn and the single case study in psychoanalysis. Psychoanal Contemp Thought 8:567-614
Edelson M (1986) The convergence of psychoanalysis and neuroscience: illusion and reality. Contemp Psychoanal 22:479-519
Edelson M (1988) Psychoanalysis. A theory in crisis. University of Chicago Press, Chicago
Ehlich K (1979) Verwendungen der Deixis beim sprachlichen Handeln. Lang, Frankfurt
Eickhoff FW (1986) Identification and its vicissitudes in the context of the Nazi phenomenon. Int J Psychoanal 67:33-44
Eimer M (1987) Konzepte von Kausalität. Huber, Bern
Eissler KR (1953) The effect of structure of the ego on psychoanalytic technique. J Am Psychoanal Assoc 1:104-143
Eissler K (1969) The psychiatrist and the dying patient. International University Press, New York
Ekstein R (1981) Supervision hour 5: on the supervision of the supervisor. In: Wallerstein RS (ed) Becoming a psychoanalyst. A study of psychoanalytic supervision. International University Press, New York, pp 211-225
Ekstein R, Wallerstein RS (1972) The teaching and learning of psychotherapy. International University Press, New York
Engel GL (1975) The death of a twin. Int J Psychoanal 56:23-40
Engel GL, Schmale AH jr (1967) Psychoanalytic theory of somatic disorder. J Am Psychoanal Assoc 15:344-365
Erikson EH (1950) Childhood and society. Norton, New York
Erikson EH (1954) The dream specimen of psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 2:5-56
Erikson EH (1962) Reality and actuality. J Am Psychoanal Assoc 11:451-474
Erikson EH (1968) Identity. Youth and crisis. Norton, New York
Etchegoyen RH (1986) Los fundamentos de la técnica psicoanalitica. Amorrortu editores, Buenos Aires
Fahrenberg J (1979) Das Komplementaritätsprinzip in der psychophysiologischen Forschung und psychosomatischen Medizin. Z Klin Psychol Psychother 27:151-167
Fahrenberg J (1981) Zum Verständnis des Komplementaritätsprinzips. Z Klin Psychol Psychother 29:205-208
Fain M (1966) Regression et psychosomatique. Rev Franc Psychoanal 30:452-456
Fara G, Cundo P (1983) Psychoanalyse, ein bürgerlicher Roman. Roter Stern, Frankfurt am Main
Farrell BA (1961) Can psychoanalysis be refuted? Inquiry 4:16-36
Fasshauer K (1983) Klinische und elektromyographische Verlaufsuntersuchungen beim Torticollis spasmodicus. Nervenarzt 54:535-539
Fenichel O (1930) Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930. In: Radó S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (eds) Zehn

Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Vienna, pp 13-19

Fenichel O (1935) Concerning the theory of the psychoanalytic technique. In: The collected papers of Otto Fenichel, 1st series. Norton, New York, pp 332-348

Fenichel O (1941) Problems of psychoanalytic technique. Psychoanalytic Quarterly, Albany

Fenichel O (1945) The psychoanalytic theory of neurosis. Norton, New York

Fenichel O (1953) Respiratory introjection. In: The collected papers of Otto Fenichel, 1st series. Norton, New York, pp 221-240

Ferenczi S (1913) Stages of development of the sence of reality. Journal of Sexology and Psychoanalysis, pp 213-239

Ferenczi S (1921) Psycho-analytic observations on tic. Int J Psychoanal 2:1-30

Ferenczi S (1927) Contraindications of the active psychoanalytic technique. In: Ferenczi S Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis. Boni and Liveright, New York, pp 217-230

Ferenczi S (1927) On the technique of psychoanalysis. In: Ferenczi S Further contributions to the theory and technique of psycho-analysis. Boni and Liveright, New York, pp 177-189

Ferenczi S (1988) The clinical diary of Sandor Ferenczi. In: Dupont J (ed) Sandor Ferenczi. Harvard University Press, Cambridge

Ferenczi S, Rank O (1925) The development of psychoanalysis. Nervous and Mental Disease Publishing, New York

Fisher S, Cleveland SE (1968) Body image and personality. Dover, New York

Flader D (1979) Techniken der Verstehenssteuerung im psychoanalytischen Diskurs. In: Flader D, Wodak-Leodolter R (eds) Therapeutische Kommunikation. Scriptor, Königstein, pp 24-43

Flader D (1982) Die psychoanalytische Therapie als Gegenstand sprachwissenschaftlicher Forschung. In: Flader D, Grodzicki WD, Schröter K (eds) Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supersivion. Suhrkamp, Frankfurt am Main, pp 16-41

Flader D, Grodzicki WD, Schröter K (eds) (1982) Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Fonagy I (1983) La vive voix. Payot, Paris

Forrester J (1980) Language and the origins of psychoanalysis. Macmillan, London

French TM (1952) The integration of behaviour. Vol I: Basic postulates. University of Chicago Press, Chicago

Freud A (1936) Das Ich und die Abwehrmechanismen. Int Psychoanal Verlag, Wien

Freud A (1954) The widening scope of indications for psychoanalysis. Discussion. J Am Psychoanal Assoc 2:607-620

Freud A (1976) Contribution to plenary session on «Changes in psychoanalytic practice and experience: theoretical, technical and social implications». Reported by Shengold L and McLaughlin JT. Int J Psychoanal 57:261-274

Freud S (1895b) On the grounds for detaching a particular syndrom from neurasthenia under the description «Anxiety Neurosis». SE vol 3, pp 85-115

Freud S (1895d) Studies on hysteria. SE vol 2

Freud S (1895f) A reply to criticisms of my paper on anxiety neurosis. SE vol 3, pp 119-139
Freud S (1896b) Further remarks on the neuro-psychoses of defence. SE vol 3, pp 162-185
Freud S (1910i) The psycho-analytic view of psychogenic disturbance of vision. SE vol 11, pp 209-218
Freud S (1912e) Recommendatidns to physicians practising psycho-analysis. SE vol 12, pp 109-120
Freud S (1912-13) Totem and taboo. SE vol 13
Freud S (1914g) Remembering, repeating and working-through. SE vol 12, pp 145-156
Freud S (1915a) Observations on transference-love. SE vol 12, pp 157-171
Freud S (1915b) Thoughts for the times on war and death. SE vol 14, pp 273-300
Freud S (1915d) Repression. SE vol 14, pp 141-158
Freud S (1916d) Some charakter-types met with in psycho-analytic work. SE vol 14, pp 309-333
Freud S (1916-17) Introductory lectures on psycho-analysis. SE vols 15-16
Freud S (1918b) From the history of an infantile neurosis. SE vol 17, pp 1-122
Freud S (1919a) Lines of advance in psycho-analytic therapy. SE vol 17, pp 157-168
Freud S (1919h) The «Uncanny». SE vol 17, pp 217-252
Freud S (1919j) On the teaching of psycho-analysis in universities. SE vol 17, pp 169-173
Freud S (1920a) The psychogenesis of a case of homosexuality in an woman. SE vol 18, pp 145-172
Freud S (1920g) Beyond the pleasure principle. SE vol 18, pp 1-64
Freud S (1922b) Some neurotic mechanisms in jealousy, paranoia and homosexuality. SE vol 18, pp 221-232
Freud S (1923a) «Psycho-Analysis» and «Libido Theory». SE vol 18, pp 233-259
Freud S (1923b) The ego and the id. SE vol 19, pp 1-66
Freud S (1925h) Negation. SE vol 19, pp 233-239
Freud S (1926d) Inhibitions, symptoms and anxiety. SE vol 20, pp 75-172
Freud S (1926e) The question of lay analysis. SE vol 20, pp 177-250
Freud S (1927a) Postscript to the question of lay analysis. SE vol 20, pp 251-258
Freud S (1927c) The future of an illusion. SE vol 21, pp 1-56
Freud S (1927e) Fetishism. SE vol 21, pp 147-157
Freud S (1930a) Civilization and its discontents. SE vol 21, pp 57-145
Freud S (1931b) Female sexuality. SE vol 2, pp 221-243
Freud S (1933a) New introductory lectures on psycho-analysis. SE vol 22, pp 1-182
Freud S (1933b) Why war? SE vol 22, pp 195-215
Freud S (1937c) Analysis terminable and interminable. SE vol 23, pp 209-253
Freud S (1937d) Constructions in analysis. SE vol 23, pp 255-269
Freud S (1940a) An outline of psycho-analysis. SE vol 23, pp 139-207
Freud S (1940b) Some elementary lessons in psycho-analysis. SE vol 23, pp 279-286

Freud S (1955a[1907-08]) Original record of the case («rat man»). SE vol 10, pp 251-318

Frick EM (1985) Latent and manifest effects of audiorecording in psychoanalytic psychotherapy. Yearbook Psychoanal Psychother 1:151-175

Fromm E (1973) The anatomy of human destructiveness. Holt, Rinehardt and Winston, New York

Gadamer HG (1965) Wahrheit und Methode. Anwendung einer philosophischen Hermeneutik. Mohr, Tübingen

Gardiner M (1971) The wolf-man. Basic, New York

Garfield SL, Bergin AE (eds) (1986) Handbook of psychotherapy and behavior change, 3rd edn. Wiley, New York

Gaus E, Köhle K (1986) Psychosomatische Aspekte intensivmedizinischer Behandlungsverfahren. In: Uexküll T von (ed) Psychosomatische Medizin, 3rd edn. Urban and Schwarzenberg, Munich, pp 1157-1172

Gay P (1987) A godless Jew. Yale University Press, New Haven

Gebsattel V von (1954) Prologemena einer medizinischen Anthropologie. Springer, Berlin

Gedo JE (1983) Saints of scoundrels and the objectivity of the analyst. Psychoanal Inquiry 3:609-622

Geist WB, Kächele H (1979) Zwei Traumserien in einer psychoanalytischen Behandlung. Jahrb Psychoanal 11:138-165

Geleerd E (1963) Evaluation of Melanie Kleins «Narrative of a Child analysis». Int J Psychoanal 44:493-513

Gill MM (1982) Analysis of transference. Vol I: Theory and technique. International Universities Press, New York

Gill MM (1983) The point of view of psychoanalysis. Energy discharge or person. Psychoanal Contemp Thought 6:523-551

Gill MM (1984) Transference: a change in conception or only in emphasis? Psychoanal Inquiry 4:489-523

Gill MM (1985) Discussion. A critique of Robert Lang's conception of transference. Yearbook Psychoanal Psychother 1:177-187

Gill MM, Hoffman IZ (1982) A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience in psychoanalysis and psychotherapy. J Am Psychoanal Assoc 30:137-167

Gill MM, Simon J, Fink G, Endicott NA, Paul IH (1968) Studies in audio-recorded psychoanalysis. I. General considerations. J Am Psychoanal Assoc 16:230-244

Giovacchini PL (1972) Tactics and techniques in psychoanalytic therapy. Hogarth, London

Glover E (1952) Research methods in psycho-analysis. Int J Psychoanal 33:403-409

Glover E (1955) The technique of psychoanalysis. Baillière Tindall and Cox, London

Goffman E (1974) Stigma. Notes on the management of spoiled identity. Aronson, New York

Goudsmit W (1986) Delinquenz und Gesellschaft. Vandenhoeck and Ruprecht, Göttingen

Goudsmit W (1987) Bemerkungen zu ambulanten Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Z Psychoanal Theorie Praxis 2:148-164

Gould RL (1970) Preventive psychiatry and the field theory of reality. J Am Psychoanal Assoc 18:440-461

Göbel P (1980) Das Erleben in der Sprache und die Funktion der Metaphorik. Z Psychosom Psychoanal 26:178-188
Göbel P (1986) Symbol und Metapher. Z Psychosom Med 32:76-88
Görres A, Kasper W (1988) Tiefenpsychologische Deutung des Glaubens? Herder, Freiburg
Grassi E (1979) Die Macht der Phantasie. Zur Geschichte abendländischen Denkens. Athenäum, Königstein im Taunus
Grawe K (1988) Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. Z Klin Psychol 17:4-5
Grey A, Fiscalini J (1987) Parallel processes as transference-countertransference interaction. Psychoanal Psychol 4:131-144
Greenacre P (1953) Certain relationships between fetishism and the faulty development of the body image. Psychoanal Study Child 8:79-98
Greenson RR (1959) Phobia, anxiety and depression. J Am Psychoanal Assoc 7:663-674
Greenson RR (1967) The technique and practice of psychoanalysis, vol I. International Universities Press, New York
Grinberg L (1962) On a specific aspect of countertransference due to the patients projective identification. Int J Psychoanal 43:436-440
Grinberg L (1979) Projective counteridentification and countertransference. In: Epstein L, Feiner AH (eds) Countertransference. Aronson, New York, pp 169-191
Groddeck G (1977[1925]) The meaning of illness. In: Groddeck G (ed) The meaning of illness. Hogarth, London, pp 197-202
Grosskurth P (1986) Melanie Klein. Her world and her work. Maresfield Library, London
Grunberger B, Chasseguet-Smirgel (1979) Freud oder Reich? Psychoanalyse und Illusion. Ullstein, Frankfurt am Main
Grünbaum A (1984) The foundations of psychoanalysis. A philosophical critique. University of California Press, Berkeley
Grünbaum A (1985) Explications and implications of the placebo concept. In: White L, Tursky B, Schwartz GE (eds) Placebo: theory, research and mechanisms. Guilford, New York, pp 9-36
Grünbaum A (1987a) Psychoanalyse in wissenschaftstheoretischer Sicht. Zum Werk Sigmund Freuds und seiner Rezeption. Universitätsverlag, Konstanz
Grünbaum A (1987b) Psychoanalysis and theism. The Monist 70:150-192
Guntrip H (1975) My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott. Int Rev Psychoanal 2:145-156
Gurman AS, Kniskern DP, Pinsof WM (1986) Research on process and outcome of material and family therapy. In: Garfield S, Bergin AE (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change, 3rd edn. Wiley, New York, pp 565-624
Habermas J (1968) Knowledge and human interests. Beacon, Boston
Habermas J (1981) Theorie des kommunikativen Handelns. Suhrkamp, Frankfurt am Main
Haegglund TB (1978) Dying. A psychoanalytical study with special reference to individual creativity and defensive organization. International Universities Press, New York
Haesler L (1985) Zur Psychodynamik der Anniversery Reactions. Jahrb Psychoanal 17:211-266
Häfner H (1987) Angst als Chance und als Krankheit. Fundamenta Psychiatrica 1:196-204

Häfner H, Veiel H (1986) Epidemiologische Untersuchungen zu Angst und Depression. In: Helmchen H, Linden M (eds) Die Differenzierung von Angst und Depression. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 65-74

Hahn P, Jacob W (eds) (1987) Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag. Springer, Berlin Heidelberg New York

Hamilton NG (1986) Positive projective identification. Int J Psychoanal 67:489-496

Hand I, Wittchen HU (eds) (1986) Panic and phobias. Empirical evidence of theoretical models and longterm effects of behavioral treatments. Springer, Berlin Heidelberg New York

Hartmann H (1939) Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. Int Z Psychoanal 24:62-135, reprinted in: Psyche 14:81-164

Hartmann H (1960) Psychoanalysis and moral values. International Universities Press, New York

Hastedt H (1988) Das Leib-Seele-Problem. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Head H (1920) Studies in neurology, vol 2. Oxford University Press, London

Heigl F, Heigl-Evers A (1984) Die Wertprüfung in der Psychoanalyse. Z Psychosom Med 30:27-82

Heigl-Evers A (1966) Einige psychogenetische und psychodynamische Zusammenhänge beim Krankheitsbild des endogenen Ekzems. Z Psychosom Med 12:163-178

Heimann P (1950) On countertransference. Int J Psychoanal 31:81-84

Heimann P (1969) Gedanken zum Erkenntnisprozeß des Psychoanalytikers. Psyche 23:2-24

Heimann P (1989[1966]) Comments on the psychoanalytic concept or work. In: Tonnesmann M (ed) About children and children-no-longer. Collected papers 1942-1980 of Paula Heimann. Tavistock/Routledge, London, pp 191-205

Heimann P (1989[1978]) On the necessity for an analyst to be natural with his patient. In: Tonnesmann M (ed) About children and children-no-longer. Collected papers 1942-1980 of Paula Heimann. Tavistock/Routledge, London, pp 311-323

Heinrich K (1986) «Anthropomorphe». Stern, Frankfurt am Main

Heising G, Brieskorn M, Rost WD (1982) Sozialschicht und Gruppenpsychotherapie. Vandenhoeck and Ruprecht, Göttingen

Henseler H (1981) Behandlungsprobleme bei chronisch-suizidalen Patienten. In: Reimer C (ed) Suizid-Ergebnisse und Therapie. Springer, Berlin Heidelberg New York

Hilgard JR, Fisk F (1960) Disruption for adult ego identity as related to childhood loss of a mother through hospitalisation for psychosis. J Nerv Ment Dis 131:47-57

Hilgard JR, Newman M, Fisk F (1960) Strength of adult ego following childhood bereavement. Am J Orthopsychiatry 30:788-798

Hirsch ED jr (1967) Validity in interpretation. Yale University Press, New Haven

Hirsch ED jr (1976) The aims of interpretation. University of Chicago Press, Chicago

Hoffer A (1985) Toward a definition of psychoanalytic neutrality. J Am Psychoanal Assoc 33:771-795

Hoffer W (1950) Three psychological criteria for the termination of treatment. Int J Psychoanal 31:194-195

Hoffmann SO (1983) Die niederfrequente psychoanalytische Langzeittherapie. Konzeption, Technik und Versuch einer Abgrenzung gegenüber dem klassischen Verfahren. In: Hoffmann SO (ed) Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt am Main, pp 183-193

Hoffmann SO (1986) Die Ethologie, das Realtrauma und die Neurose. Z Psychosom Med 32:8-26

Hoffmann SO (1987) Buchbesprechung von Panic and Phobias. Hand I, Wittchen HU (eds). Nervenarzt 58:528

Hohage R (1986) Geschenke in der psychoanalytischen Therapie. Prax Psychother Psychosom 31:138-144

Hohage R, Thomä H (1982) Über das Auftauchen von Erinnerungen als Ergebnis fokussierter Traumdeutung. Z Psychosom Med Psychoanal 28:385-392

Hohage R, Kübler C (1987) Die Veränderung von emotionaler Einsicht im Verlauf einer Psychoanalyse. Z Psychosom Med Psychoanal 33:145-154

Holland NN (1975) An identity for the Rat Man. Int Rev Psychoanal 2:157-169

Hübner K (1985) Die Wahrheit des Mythos. Beck, Munich

Isaacs S (1939) Criteria for interpretation. Int J Psychoanal 20:853-880

Jacob P jr (1981) Application: the San Francisco Project—the analyst at work. In: Wallerstein RS (ed) Becoming a psychoanalyst. A study of psychoanalytic supervision. International Universities Press, New York, pp 191-210

Jacobson E (1953) Contribution to the metapsychology of cyclothymic depression. In: Greenacre P (ed) Affective disorders. International Universities Press, New York, pp 49-83

Jacobson E (1971) Depression. International Universities Press, New York

Jiménez JP (1988) Die Wiederholung des Traumas in der Übertragung. Katharsis oder Durcharbeiten? Forum der Psychoanalyse 4:190-204

Joas H (1985) Das Problem der Intersubjektivität. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Jones E (1916) The theory of symbolism. Br J Psychol 9:181-229

Jones E (1927) The early development of female sexuality. Int J Psychoanal 8:459-472

Jones E (1954, 1955, 1957) The life and work of Sigmund Freud, vols 1-3. Hogarth, London

Joraschky P (1983) Das Körperschema und das Körper-Selbst als Regulationsprinzipien der Organismus-Unwelt-Interaktion. Minerva Publikation Saur, Munich

Joseph ED (1979) Comments on the therapeutic action of psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 27:71-80

Joseph ED (1984) Psychoanalysis: the vital issues. International Universities Press, New York

Junker H (1972) Ehepaargruppentherapien mit Patienten aus der oberen Unterschicht. Psyche 5:370-388

Junker H (1987) General comments on the difficulties of retranslating Freud into English, based on the reading experiences of a German analyst with the Standard Edition (Strachey). Int Rev Psychoanal 14:317-320

Kächele H (1981) Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. Jahrb Psychoanal 12:118-178

Kächele H (1982) Pflanzen als Metaphern für Selbst- und Objektrepräsentanzen. In: Schempp D, Krampen M (eds) Mensch und Pflanze. Müller, Karlsruhe, pp 26-28

Kächele H (1985) Mißerfolge in der Psychotherapie aus psychoanalytischer Sicht. Verhaltensmodifikation 5:235-248

Kächele H (1988a) Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Prax Psychother Psychosom 33:1-11

Kächele H (1988b) Clinical and scientific aspects of the Ulm process model of psychoanalysis. Int J Psychoanal 69:65-73

Kächele H, Fiedler I (1985) Ist der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung vorhersehbar? Psychother Med Psychol 35:201-206

Kächele H, Schaumburg C, Thomä H (1973) Verbatimprotokolle als Mittel in der psychotherapeutischen Verlaufsforschung. Psyche 27:902-927

Kächele H, Wolfsteller H, Hössle I (1985) Psychotherapie im Rückblick — Patienten kommentieren ihre Behandlung. Prax Psychother Psychosom 30:309-317

Kächele H, Thomä H, Ruberg W, Grünzig HJ (1988e) Audio-recordings of he psychoanalytic dialogue: scientific, clinical and ethical problems. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (eds) Psychoanalytic process research strategies. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 179-194

Kafka JS (1977) On reality. An examination of object constancy, ambiguity, paradox and time. Psychiatry Human 2:133-158

Kant I (1965[1781]) The critique of pure reason. St. Martins, New York

Kanzer M, Glenn J (eds) (1980) Freud and his patients. Aronson, New York

Kaplan HF (1982) Ist die Psychoanalyse wertfrei? Huber, Bern

Keller-Bauer F (1984) Metaphorisches Verstehen. Eine linguistische Rekonstruktion metaphorischer Kommunikation. Linguistische Arbeiten, vol 142. Niemeyer, Tübingen

Kernberg OF (1965) Notes on countertransference. J Am Psychoanal Assoc 13:38-56

Kernberg OF (1972) Critique of the Kleinian school. In: Giovacchini PL (ed) Tactics and techniques in psychoanalytic therapy. Hogarth, London, pp 62-93

Kernberg OF, Bursteine ED, Coyne L, Appelbaum A, Horwitz L, Voth H (1972) Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation. Bull Menn Clin 36:3-275

Kernberg OF (1977) The structural diagnosis of borderline personality organization. In: Hartocollis P (ed) Borderline personality disorders. International Universities Press, New York, pp 87-121

Kernberg OF (1987) Projection and projective identification: developmental and clinical aspects. J Am Psychoanal Assoc 35:795-819

Kerz JP (1987) Verkehrte Einsicht. Forum Psychoanal 3:328-331

Kettner M (1987) Erwachen aus dem dogmatischen Schlummer. Psyche 41:749-760

Khan MMR (1974[1963]) The concept of cumulative trauma. In: Khan MMR (ed) The privacy of the self. International Universities Press, New York, pp 42-58

Kierkegaard S (1957) Die Krankheit zum Tode. Diederichs, Düsseldorf

Klann G (1979) Die Rolle affektiver Prozesse in der Dialogstruktur. In: Flader D, Wodak-Leodolter R (eds) Therapeutische Kommunikation. Scriptor, Königstein, pp 117-155

Klauber J (1966) Die Struktur der psychoanalytischen Sitzung als Leitlinie für die Deutungsarbeit. Psyche 20:29-39

Klauber J (1987) Illusion and spontaneity in psychoanalysis. Free Association Books, London

KleinDF (1981) Anxiety reconceptualized. In: Klein DF, Rabkin j(eds) Anxiety: new research and changing concepts. Raven, New York, pp 235-265

Klein DF, Ross DC, Cohen P (1987) Panic and avoidance in agoraphobia. Arch Gen Psychiatry 44:377-385

Klein DF (1988) Reply. Arch Gen Psychiatry 45:389-392

Klein GS (1976) Psychoanalytic theory. An exploration of essentials. International University Press, New York

Klein M (1932) The psycho-analysis of children. The International Psycho-Analytical Library, No 22, Hogarth, London

Klein M (1935) A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. Int J Psychoanal 16:145-274

Klein M (1946) Notes on some schizoid mechanisms. Int J Psychoanal 27:99-110

Klein M (1957) Envy and gratitude. A study of unconscious sources. Basic, New York

Klein M (1961) Narrative of a child analysis. Hogarth, London

Klein M (1952) Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. In: Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J Developments in psycho-analysis. The International Psycho-Analytical Library, No 43, Hogarth, London

Klein M, Heimann P, Isaacs S, Riviere J (1952) Developments in psycho-analysis. The International Psycho-Analytical Library, No 43, Hogarth, London

Klerman GK, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES (1984) Interpersonal psychotherapy of depression. Basic, New York

Köhle K, Simons C, Kubanek B (1986) Zum Umgang mit unheilbar Kranken. In: Uexküll T von (ed) Psychosomatische Medizin, 3rd edn. Urban and Schwarzenberg, Munich, pp 1203-1241

Köhler L (1982) Neuere Forschungsergebnisse psychoanalytischer Mutter/Kind-Beobachtungen und ihrer Bedeutung für das Verständnis von Übertragung und Gegenübertragung. Psychoanalyse 3:238-265

Köhler L (1985) On selfobject countertransference. Annu Psychoanal 12/13:39-56

Köhler L (1988) Probleme des Psychoanalytikers mit Selbstobjektübertragungen. In: Kutter P, Paramo-Ortega R, Zagermann P (eds) Die psychoanalytische Haltung. Internationale Psychoanalyse, Munich, pp 331-348

Kohut H (1959) Introspection, empathy, and psychoanalysis. An examination of the relationship between mode of observation and theory. J Am Psychoanal Assoc 7:459-483

Kohut H (1971) The analysis of the self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcisstic personality disorders. International Universities Press, New York

Kolakowski L (1974) Die Gegenwärtigkeit des Mythos. Piper, Munich

Köller W (1986) Dimensionen des Metaphernproblems. Z Semiotik 8:379-410

König K (1981) Angst und Persönlichkeit. Vandenhoek and Ruprecht, Göttingen

Kordy H, Senf W (1985) Überlegungen zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen. Psychother Med Psychol 35:207-212

Körner J (1985) Vom Erklären zum Verstehen in der Psychoanalyse. Vandenhoeck and Ruprecht, Göttingen

Krause R (1983) Zur Onto- und Phylogenese des Affektsystems und ihrer Beziehungen zu psychischen Störungen. Psyche 37:1016-1043

Krause R, Lütolf P (1988) Facial indicators of transference processes within psychoanalytic treatment. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (eds) Psychoanalytic process research strategies. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 241-256

Kris E (1947) The nature of psychoanalytic propositions and their validation. In: Hook S, Konvitz MR (eds) Freedom and experience: essays presented to Horace M. Kallen. Cornell University Press, New York, pp 239-259

Kris E (1956) On some vicissitudes of insight in psychoanalysis. Int J Psychoanal 37:445-455

Krueger DW (ed) (1986) The last taboo. Money as symbol and reality in psychotherapy and psychoanalysis. Brunner/Mazel, New York

Kubie LS (1952) Problems and techniques of psychoanalytic validation and progress. In: Pumpian-Mindlin E (ed) Psychoanalysis as science. The Hixon lectures on the scientific status of psychoanalysis. Basic, New York, pp 46-124

Kubie LS (1953) The central representation of the symbolic process in psychosomatic disorders. Psychosom Med 15:1-15

Kubie LS (1958) Research into the process of supervision in psychoanalysis. Psychoanal Q 27:226-236

Kubie L (1974) The drive to become both sexes. Psychoanal Q 43:349-426

Küchenhoff J (1984) Dysmorphophobie. Nervenarzt 55:122-126

Kuhns R (1983) Psychoanalytic theory of art. Columbia University Press, New York

Kuiper PC (1969) Liebe und Sexualität im Leben der Studenten. Huber, Bern

Küng H (1979) Freud and the problem of God. Yale University Press, New Haven

Küng H (1987) Freud und die Zukunft der Religion. Piper, Munich

Kurz G (1982) Metapher, Allegorie, Symbol. Vandenhoeck and Ruprecht, Göttingen

Kutter P (1981) Der Basiskonflikt der Psychosomatose und seine therapeutischen Implikationen. Jahrb Psychoanal 13:93-114

Lacan J (1937) The looking-glass phase. Int J Psychoanal 18:78

Lacan J (1949) Le stade du miroir comme formateur de la function de je. Revue francaise de Psychoanalyse 13:449-455

Lacan J (1975) Schriften 1. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Lacan J (1980) A Lacanian psychosis. Interview by Jacques Lacan. In: Schneiderman S (ed) Returning to Freud. Yale University Press, New Haven, pp 19-41

Lampl-de Groot J (1953) Re-evaluation of the role of the oedipus complex. Int J Psychoanal 33:333

Lampl-de Groot J (1976) Personal experience with psychoanalytic technique and theory during the last half century. Psychoanal Study Child 37:283-296

Lang H (1986) Die Sprache und das Unbewußte. Jacques Lacans Grundlegung der Psychoanalyse, 2nd edn. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Langer SK (1957) Philosophy in a new key. Harvard University Press, Cambridge

Laplanche J, Pontalis JB (1973) The language of psycho-analysis. Hogarth, London

Lasch C (1979) Haven in a heartless world. The family besieged. Basic, New York

Laufer M (1984) Adolescence and developmental breakdown. A psychoanalytic view. Yale University Press, New Haven

Leary DE (ed) (1990) Metaphors in the history of psychology. Harvard University Press, Cambridge

Leavy SA (1980) The psychoanalytic dialogue. Yale University Press, New Haven

Lelliott P, Marks I (1988) The cause and treatment of agoraphobia. Arch Gen Psychiatry 45:388-392

Leodolter R (1975) Das Sprachverhalten von Angeklagten bei Gericht. Scriptor, Kronberg

Lerner RM (1984) Jugendliche als Produzenten ihrer eigenen Entwicklung. In: Olbrich E, Todt E (eds) Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 69-88

Leuzinger-Bohleber M (1988) Veränderungen kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Fünf Einzelfallstudien. PSZ-Drucke. Springer, Berlin Heidelberg New York

Lewin BD (1933) The body as phallus. Psychoanal Q 2:24-47

Lewin BD (1971) Metaphor, mind, and manikin. Psychoanal Q 40:6-39

Lewin BD, Ross H (1960) Psychoanalytic education in the United States. Norton, New York

Lewy E, Rapaport D (1944) The psychoanalytic concept of memory and its relation to recent memory theories. Psychoanal Q 13:16-42

Lichtenberg J (1983a) Psychoanalysis and infant research. Analytic Press, Hillsdale

Lichtenberg J (1983b) The influence of values and value judgement on the psychoanalytic encounter. Psychoanal Inquiry 3:647-664

Lichtenstein H (1961) Identity and sexuality. J Am Psychoanal Assoc 9:179-260

Lipowski ZJ (1976) Psychosomatic medicine: an overview. In: Hill OW (ed) Modern trends in psychosomatic medicine, III. Butterworths, London, pp 1-20

Lipowski ZJ (1977) Psychosomatic medicine in the seventies: an overview. Am J Psychiatry 134:233-242

Lipton SD (1982) Essays on Paul Dewald's «The psychoanalytic progress». Contemp Psychoanal 18:349-372

Little M (1951) Counter-transference and the patient's response to it. Int J Psychoanal 32:32-40

Loewald HW (1960) On the therapeutic action of psychoanalysis. Int J Psychoanal 41:16-33

Loewald HW (1980a) Papers on psychoanalysis. Yale University Press, New Haven

Loewald HW (1980b) Regression: some general considerations. In: Nedelmann C, Jappe G (eds) Zur Psychoanalyse der Objektbeziehungen. Fromann-Holzboog, Stuttgart, pp 189-206

London NJ, Rosenblatt AD (eds) (1987) Transference neurosis evolution or obsolescence. Psychoanal Inquiry 7:587-598

Lorenz K, Leyhausen P (1968) Antriebe tierischen und menschlichen Verhaltens. Piper, Munich

Lorenzer A (1970) Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Lorenzer A (1986) Tiefenhermeneutische Kulturanalyse. In: Lorenzer A (ed) Kultur-Analysen. Psychoanalytische Studien zur Kultur. Fischer, Frankfurt am Main, pp 11-98

Löw-Beer M (1988) Ist die Leugnung von Willensfreiheit eine Selbsttäuschung? In: König T (ed) Satre, ein Kongress. Rowohlt, Reinbek, pp 55-73

Löw-Beer M, Thomä H (1988) Zum Verhältnis von Einsicht und Veränderung. Forum Psychoanal 14:1-18

Luborsky L (1967) Momentary forgetting during psychotherapy and psychoanalysis: a theory and a research method. In: Holt RR (ed) Motives and thought. Psychoanalytic essays in honor of David Rapaport. Psychological issues, vol V, no 2-3, monograph 18/19. International Universities Press, New York, pp 175-217

Luborsky L (1984) Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment. Basic, New York

Luborsky L, Schimek J (1964) Psychoanalytic theories of therapeutic and developmental change implications for assessment. In: Worchel P, Byrne D (eds) Personality change. Wiley, New York

Luborsky L, Spence DP (1978) Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis, 2nd edn. Wiley, New York, pp 331-368

Luckmann TH (1979) Persönliche Identität, soziale Rolle und Rollendistanz. In: Marquardt O, Stierle K (eds) Identität. Fink, Munich, pp 293-313

M'Uzan M de (1977) Zur Psychologie des psychosomatisch Kranken. Psyche 31:318-332

MacFarlane K, Waterman J, Conerly S, Durfee M, Long S (eds) (1986) Sexual abuse of young children: evaluation and treatment. Guilford, New York

Mahler MS, Pine F, Bergmann A (1975) The psychological birth of the human infant. Basic, New York

Mahony PJ (1977) The place of psychoanalytic treatment in the history of discourse. Psychoanal Contemp Thought 2:77-111

Mahony PJ (1984) Cries of the Wolf Man. International Universities Press, New York

Mahony PJ (1986) Freud and the Rat Man. Yale University Press, New Haven

Mahony PJ (1987) Freud as a writer. Yale University Press, New Haven

Mahony PJ, Singh R (1975) The interpretation of dreams, semiology and chomskian linguistics: a radical critique. Psychoanal Stud Child 30:221-241

Mahony PJ, Singh R (1979) Some issues in linguistics and psychoanalysis. Reflections of Marshall Edelson's Language and interpretation in psychoanalysis. Psychoanal Contemp Thought 2:437-446

Margolin SG (1953) Genetic and dynamic psychophysiological determinants of pathophysiological processes. In: Deutsch F (ed) The psychosomatic concept in psychoanalysis. International Universities Press, New York, pp 3-34

Margraf J, Ehlers A, Roth W (1986) Panic attacks: theoretical models and empirical evidence. In: Hand I, Wittchen HU (eds) Panic and phobias. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, pp 31-43

Marquard O (1987) Transzendenter Idealismus. Romantische Naturphilosophie, Psychoanalyse. Verlag für Philosophie, Köln

Marten R (1983) Die psychoanalytische Situation und der Augen-Blick. In: Hoffmann SO (ed) Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Be-

handlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt am Main, pp 44-70
Marten R (1988) Der menschliche Mensch. Schöningh, Paderborn
Martini P (1953) Methodenlehre der therapeutisch-klinischen Forschung. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg
Marty P (1968) A major process of somatization: the progressive disorganization. Int J Psychoanal 49:243-249
Marty P (1969) Notes clinique et hypotheses à propos de l'économie de l'allergie. Rev Franc Psychoanal 33:244-253
Marty P (1974) Die «allergische Objektbeziehung». In: Brede K (ed) Einführung in die Psychosomatische Medizin: klinische und therapeutische Beiträge. Fischer Athenäum, Frankfurt am Main, pp 420-445
Marty P, M'Uzan M de (1963) La «pensée opératoire». Rev Franc Psychoanal 27:345-356
Marty P, M'Uzan M de, David C (1963) L'investigation psychosomatique. Presses Universitaires de France, Paris
Masling J (ed) (1983) Empirical studies of psychoanalytical theories. Vol I. Analytic Press, Hillsdale
Masling J (ed) (1986) Empirical studies of psychoanalytical theories. Vol II. Analytic Press, Hillsdale
Maurer Y (1987) Körperzentrierte Psychotherapie. Hippokrates, Stuttgart
Mayman M, Faris M (1960) Early memories as expressions of relationship paradigms. Am J Orthopsychiat 30:507-520
McDougall J (1974) The psychosoma and the psychoanalytic process. Int Rev Psychoanal 1:437-459
McDougall J (1985) Plädoyer für eine gewisse Abnormalität. Suhrkamp, Frankfurt am Main
McDougall J (1987) Ein Körper für zwei. Forum Psychoanal 3:265-287
McDougall J, Lebovici S (1969) Dialogue with Sammy. Hogarth, London
McDougall W (1928) Grundlagen einer Sozialpsychologie. Fischer, Jena
McLaughlin JT (1982) Issues stimulated by the 32nd Congress. Int J Psychoanal 63:229-240
McLaughlin JT (1987) The play of transference: some reflections on enactment in the psychoanalytic situation. J Am Psychoanal Assoc 35:557-582
Mead GH (1934) Mind, self, and society. From the standpoint of a social behaviorist. University of Chicago Press, Chicago
Meehl PE (1983) Subjectivity in psychoanalytic inference: the nagging persistence of Wilhelm Fliess's Achensee question. In: Earman J (ed) Testing scientific theories. Minnesota Studies in the Philosophy of Science, vol 10. University of Minnesota Press, Minneapolis, pp 349-411
Meerwein F (1987) Bemerkungen zur Metapsychologie schwerer Krebserkrankungen. Bulletin der schweizerischen Gesellschaft für Psychoanalyse 23:2-12
Meissner WW (1980) A note on projective identification. J Am Psychoanal Assoc 28:43-67
Meissner WW (1983) Values in the psychoanalytic situation. Psychoanal Inquiry 3:577-598
Meissner WW (1984) Psychoanalysis and religious experience. Yale University Press, New Haven
Meltzer D (1967) The psychoanalytic process. Heinemann, London
Meltzer D (1978) The Kleinian development: Part II, Richard week-by-week. Clunie, Perthshire

Mendelson M, Hirsch S, Weber CS (1956) A critical examination of some recent theoretical models in psychosomatic medicine. Z Psychosom Med 18:363-373

Menne K, Schröter K (eds) (1980) Psychoanalyse und Unterschicht. Soziale Herkunft — ein Hindernis für die psychoanalytische Behandlung? Suhrkamp, Frankfurt am Main

Menninger KA, Holzman PS (1958) Theory of psychoanalytic technique. Basic, New York

Mentzos S (ed) (1985) Angstneurose. Fischer, Frankfurt am Main

Mergenthaler E (1985) Textbank systems. Springer, Berlin Heidelberg New York

Merlan P (1945) Brentano and Freud. J Hist Ideas 6:375-377

Merleau-Ponty M (1965) Primacy of conception. Northwestern University Press, Chicago

Mester H (1982) Der Wunsch einer Frau nach Veränderung der Busengröße. — Ein Beitrag zur Frage der Dysmorphophobie. Z Psychosom Med Psychoanal 28:69-91

Meyer AE (1981) Psychoanalytische Prozeßforschung zwischen der Skylla der «Verkürzung» und der Charybdis der «systematischen akustischen Lücke». Z Psychosom Me Psychoanal 27:103-116

Meyer AE (1985) Vergleich psychosomatischer Modelle. Mitteilungen des DKPM 8:46-57

Meyer AE (1987) Das Leib-Seele-Problem aus der Sicht eines Psychosomatikers. Modelle und ihre Widersprüche. Psychother Med Psychol 37:367-375

Meyer AE (1988) What makes psychoanalysts tick? In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (eds) Psychoanalytic process research strategies. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 273-290

Miall DS (ed) (1982) Metaphor: problems and perspectives. Harvester, Sussex/Humanities Press, Atlantic Highlands

Michels R (1988) The future of psychoanalysis. Psychoanal Q 57:167-185

Miller JA (ed) (1988) The seminar of Jacques Lacan, vol 1 and 2. Cambridge University Press, Cambridge

Mintz J (1971) The anniversary reaction: a response to the unconcious sense of time. J Am Psychoanal Assoc 19:720-735

Minuchin S (1977) Familie und Familientherapie. Lambertus, Freiburg

Mitscherlich A (1966) Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin, vol 1. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Mitscherlich A (1967) Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin, vol 2. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Mitscherlich M (1983) Zur Theorie und Therapie des Torticollis. In: Studt HH (ed) Psychosomatik in Forschung und Praxis. Urban and Schwarzenberg, Munich, pp 401-410

Mittelstraß J (1984) Versuch über den sokratischen Dialog. In: Stierle K, Warning R (eds) Das Gespräch. Fink, Munich, pp 11-27

Momigliano LN (1987) A spell in Vienna — but was Freud a Freudian? Int Rev Psychoanal 14:373-389

Morgenthaler F (1978) Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis. Syndikat, Frankfurt am Main

Moser T (1986) Das erste Jahr. Eine psychoanalytische Behandlung. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Moser T (1987) Der Psychoanalytiker als sprechende Attrappe. Eine Streitschrift. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Moser U (1962) Übertragungsprobleme in der Psychoanalyse eines chronisch schweigenden Charakterneurotikers. Psyche 15:592-624

Moser U (1984) Beiträge zu einer psychoanalytischen Theorie der Affekte. Ein Interaktionsmodell, part 2. Berichte aus der Interdisziplinären Konfliktforschungsstelle, Universität Zürich, no 14

Moser U, Zeppelin I von, Schneider H (1981) Objektbeziehungen, Affekte und Abwehrprozesse. Aspekte einer Regulierungstheorie mentaler Prozesse. Berichte aus der interdisziplinären Konfliktforschungsstelle, Universität Zürich, no 9

Müller-Braunschweig H (1986) Psychoanalysis and body. In: Brähler E (ed) Body experience. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 19-33

Murphy C, Messer D (1979) Mothers, infants and pointing: a study of gesture. In: Schaffer H (ed) Studies in mother-infant interaction. Academic, New York, pp 325-354

Muschg W (1930) Freud als Schriftsteller. Die psychoanalytische Bewegung 2:467-509

Nase E, Scharfenberg J (1977) Psychoanalyse und Religion. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt

Nedelmann C (1980) Behandlungsziel und Gesundheitsbegriff der Psychoanalyse. In: Bach H (ed) Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse. Bestimmungsversuche auf einem Psychoanalytiker-Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie 1980. Vandenhoeck and Ruprecht, Göttingen, pp 55-67

Needles W (1959) Gesticulation and speech. Int J Psychoanal 40:291-294

Neisser U (1979) Kognition und Wirklichkeit. Prinzipien und Implikationen der kognitiven Psychologie. Klett-Cotta, Stuttgart

Nemiah JC, Sifneos PE (1970) Psychosomatic illness: a problem in communication. Recent research in psychosomatic. Psychother Psychosom 18:154-160

Neudert L, Grünzig HJ, Thomä H (1987) Change in self-esteem during psychoanalysis: a single case study. In: Cheshire NM, Thomä H (eds) Self, symptoms and psychotherapy. Wiley, New York, pp 243-265

Neumann H (1987) Ein Ohr für den Partner. Forum Psychoanaly 3:112-126

Niederland WG (1959) The «miracled up» world of Schreber's childhood. Psychoanal Study Child 14:383-413

Nietzsche F (1973) Sämtliche Werke, vol 1, Morgenröte. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt

Ogden TH (1979) On projective identification. Int J Psychoanal 60:357-373

Olbrich E, Todt E (1984) Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen. Springer, Berlin Heidelberg New York

Olinick SL (1964) The negative therapeutic reaction. Int J Psychoanal 45:540-548

Ornston D (1982) Strachey's influence. A preliminary report. Int J Psychoanal 63:409-426

Ornston D (1985a) Freud's conception is different from Strachey's. J Am Psychoanal Assoc 33:379-412

Ornston D (1985b) The invention of «cathexis» and Strachey's strategy. Int Rev Psychoanal 12:391-412

Ortony A (ed) (1979) Metaphor and thought. Harvard University Press, Cambridge

Ostow M (1962) Drugs in psychoanalysis and psychotherapy. Basic, New York

Overbeck G (1977) Das psychosomatische Symptom. Psyche 31:333-354

Paivio A (1971) Imagery and verbal processes. Holt, Rinehardt and Winston, New York

Palazzoli Selvini M (1986a) Towards a general model of psychotic family games. J Marital Family Therapy 12:339-349

Palazzoli Selvini M (1986b) Rejoinder to Anderson. J Marital Family Therapy 12:355-357

Parin P, Parin-Matthèy G (1983) Medicozentrismus in der Psychoanalyse. Eine notwendige Revision der Neurosenlehre und ihre Relevanz für die Theorie der Behandlungstechnik. In: Hoffmann SO (ed) Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt am Main, pp 86-106

Perrez M (1972) Ist die Psychoanalyse eine Wissenschaft? Huber, Bern

Perrez M, Otto J (eds) (1978) Symptomverschiebung. Ein Mythos oder ein unklar gestelltes Problem? Müller, Salzburg

Peterfreund E (1983) The process of psychoanalytic therapy. Models and strategies. Analytic, Hillsdale

Peterfreund E (1986) Reply to Eagle and Wolitzky. Psychoanal Contemp Thought 9:103-124

Petermann F (1982) Einzelfalldiagnose und klinische Praxis. Kohlhammer, Stuttgart

Petzold E (1979) Familienkonfrontationstherapie bei Anorexia nervosa. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen

Pfandl L (1935) Der Narzißbegriff. Versuch einer neuen Deutung. Imago 21:279-310

Pfeffer AZ (1959) A procedure for evaluating the results of psychoanalysis. A preliminary report. J Am Psychoanal Assoc 7:418-444

Pfeffer AZ (1961) Follow-up study of a satisfactory analysis. J Am Psychoanal Assoc 9:698-718

Pfeffer AZ (1963) The meaning of the analyst after analysis. A contribution to the theory of therapeutic results. J Am Psychoanal Assoc 11:229-244

Pfeifer R, Leuzinger-Bohleber M (1986) Applications of cognitive science methods to psychoanalysis: a case study and some theory. Int Rev Psychoanal 13:221-240

Pfister O (1944) Das Christentum und die Angst. Artemis, Zürich

Pfister O (1977[1928]) Die Illusion einer Zukunft. In: Nase E, Scharfenberg J (eds) Psychoanalyse und Religion. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, pp 101-141

Philippopoulos GS (1979) The analysis of a case of dysmorphophobia (psychopathology and psychodynamics). Can J Psychiatry 24:397-401

Philipps JH (1962) Psychoanalyse und Symbolik. Huber, Bern

Pines M (1985) On the question of revision of the Standard Edition of Freud's writing. Int J Psychoanal 66:1-2

Plato (nd) Sämtliche Werke, vol 1. Das Gastmahl. Schneider, Berlin

Pollock GH (1971) Temporal anniversary manifestations: hour, day, holiday. Psychoanal Q 40: 123-131

Pollock GH (1977) The psychosomatic specificity concept: its evolution and re-evaluation. Annu Psychoanal 5:141-168

Porder MS (1987) Projective identification: an alternative hypothesis. Psychoanal Q 56:431-451

Pribilla O (1980) Arztrechtliche Fragen und Probleme in der Psychotherapie. Dt Ärztebl 38:2250-2254

Pulver SE (1987a) Prologue to «How theory shapes technique: perspectives on a clinical study». Psychoanal Inquiry 7:141-145

Pulver SE (1987b) Epilogue to «How theory shapes technique: perspectives on a clinical study». Psychoanal Inquiry 7:289-299

Quervain PF de (1978) Psychoanalyse und dialektische Theologie. Huber, Bern

Racker H (1957) The meanings and uses of countertransference. Psychoanal Q 26:303-357

Racker H (1968) Transference and countertransference. International Universities Press, New York

Rad M von (1987) Diskussionsbemerkung. In: Hahn P, Jacob W (ed) Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 163-165

Rager G (1988) Das Menschenbild im materialistischen Emergentismus von Bunge. Z Klin Psychol, Psychopath, Psychother 36:368-373

Rangell L (1959) The nature of conversion. J Am Psychoanal Assoc 7:632-662

Rangell L (1968) A further attempt to resolve the «problem of anxiety». J Am Psychoanal Assoc 16:371-404

Rangell L (1984) The analyst at work. The Madrid congress. Synthesis and critique. Int J Psychoanal 65:125-140

Rank O (1914) Der Doppelgänger. Imago 3:97-164

Rank O (1924) Eine Neurosenanalyse in Träumen. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig

Rapaport D (1942) Emotions and memory. Williams and Wilkins, Baltimore

Rapaport D (1953) Paul Schilder's contribution to the theory of thought-processes. Translator's foreword. In: Schilder P (ed) Medical psychology. International Universities Press, New York, pp 7-16

Rapaport D (1960) The structure of psychoanalytic theory: a systematizing attempt. Psychol Issues, no 6. International Universities Press, New York

Rapaport D (1967) A theoretical analysis of the superego concept. In: Gill MM (ed) The collected papers of David Rapaport. Basic Books, New York, pp 685-709

Redlich FC, Hollingshead AB (1958) Social classes and mental illness: a community study. Wiley, New York

Reed GS (1987) Scientific and polemical aspects of the term «transference neurosis» in psychoanalysis. Psychoanal Inquiry 7:465-483

Rehberg KS (1985) Die Theorie der Intersubjektivität als eine Lehre vom Menschen. In: Joas H (ed) Das Problem der Intersubjektivität. Neuere Beiträge zum Werk GH Meads. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Reich W (1958[1933]) Character analysis. Vision, London

Reider N (1972) Metaphor as interpretation. Int J Psychoanal 53:463-469

Reiter L (1973) Zur Bedeutung der Sprache und Sozialisation für die Psychotherapie von Patienten aus der sozialen Unterschicht. In: Strotzka H (ed) Neurose, Charakter, soziale Umwelt. Kindler, Munich, pp 157-179

Rentrop E, Straschill M (1986) Der Einfluß emotionaler Faktoren beim Auftreten des idiopatischen Torticollis spasmodicus. Z Psychosom Med Psychoanal 32:44-59

Richards IA (1936) The philosophy of rhetoric. Oxford University Press, London

Richter HE (1976) Flüchten oder Standhalten. Rowohlt, Reinbek

Richter HE, Beckmann D (1969) Herzneurose. Thieme, Stuttgart

Rivers WHR (1920) Instinct and the unconscious. A contribution to a biological theory of the psycho-neuroses. Harvard University Press, Cambridge

Robbins M (1988) Use of audiotape recording in impasses with severely disturbed patients. J Am Psychoanal Assoc 36:61-75

Rogers R (1942) The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques. Am J Orthopsychiatry 12:429-434

Rogers R (1978) Metaphor: a psychoanalytic view. University of California Press, Berkeley

Roheim G (1917) Spiegelzauber. Imago 5:63-120

Roiphe H, Galenson E (1981) Infantile origins of sexual identity. International Universities Press, New York

Rosen VH (1969) Sign phenomena and their relationship to unconscious meaning. Int J Psychoanal 50:197-207

Rosenfeld H (1971) Contribution to the psychopathology of psychotic states: the importance of projective identification in the ego structure and the object relation of the psychotic patient. In: Foucet P, Laurin C (eds) Problems of psychosis. Exerpta Medica, The Hague, pp 115-128

Rosenfeld H (1981) Zur Psychopathologie der Hypochondrie. In: Rosenfeld H (ed) Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände. Suhrkamp, Frankfurt am Main, pp 209-233

Rosenfeld H (1987) Impasse and interpretation. Tavistock, London

Rothstein A (1983) The structural hypothesis. An evolutionary perspective. International Universities Press, New York

Rubinstein BB (1972) On metaphor and related phenomena. Psychoanal Contemp Sci 1:70-108

Rubinstein BB (1973) On the logic of explanation in psychoanalysis. Psychoanal Contemp Sci 2:338-358

Rubovits-Seitz P (1986) Clinical interpretation, hermeneutics and the problem of validation. Psychoanal Contemp Thought 9:3-42

Rüger U (1976) Tiefenpsychologische Aspekte des Verlaufs phasischer Depressionen unter Lithium-Prophylaxe. Nervenarzt 47:538-543

Rüger U (1986) Psychodynamische Prozesse während einer Lithium-Langzeitmedikation. In: Müller-Oerlinhausen B, Greil W (eds) Die Lithiumtherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York

Sacks S (ed) (1979) On metaphor. University of Chicago Press, Chicago

Sandler J (1962) The Hampstead Index as an instrument of psychoanalytic research. Int J Psychoanal 43:289-291

Sandler J (1976) Countertransference and role-responsiveness. Int Rev Psychoanal 3:43-47

Sandler J (1983) Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. Int J Psychoanal 64:35-45

Sandler J, Sandler AM (1984) The past unconscious, the present unconscious and interpretation of the transference. Psychoanal Inquiry 4:367-399

Sandler J, Dare C, Holder A (1973) The patient and the analyst: the basis of the psychoanalytic process. Allen and Unwin, London

Sander LW (1962) Issues in early mother-child interaction. J Am Acad Child Psychiat 1:141-166

Sargent HD, Horwitz L, Wallerstein RS, Appelbaum A (1968) Prediction in psychotherapy research. Method for the transformation of clinical judge-

ments into testable hypothesis. Psychological issues, vol 6, no 1, monograph 21. International Universities Press, New York
Sartre JP (1969) Der Narr mit dem Tonband. Neues Forum 16:705-725
Schalmey P (1977) Die Bewährung psychoanalytischer Hypothesen. Scriptor, Kronberg
Scharfenberg J (1968) Sigmund Freud und seine Religionskritik als Herausforderung für den christlichen Glauben. Vandenhoeck and Ruprecht, Göttingen
Schaumburg C, Kächele H, Thomä H (1974) Methodische und statistische Probleme bei Einzelfallstudien in der psychoanalytischen Forschung. Psyche 28:353-374
Scheidt CE (1986) Die Rezeption der Psychoanalyse in der deutschsprachigen Philosophie vor 1940. Suhrkamp, Frankfurt am Main
Schilder P (1923) Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des eigenen Körpers. Springer, Berlin
Schilder P (1933) Das Körperbild und die Sozialpsychologie. Imago 19:367-376
Schilder P (1935) The image and appearance of the human body. Studies in the constructive energies of the psyche. Kegan, London
Schleiermacher FDE (1977) Hermeneutik und Kritik. Suhrkamp, Frankfurt am Main
Schlesier R (1981) Konstruktionen der Weiblichkeit bei Sigmund Freud. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt am Main
Schlessinger N, Robbins FP (1983) A developmental view of the psychoanalytic process. Follow-up studies and their consequences. International Universities Press, New York
Schmidl S (1955) The problem of scientific validation in psychoanalytic interpretation. Int J Psychoanal 36:105-113
Schneider E (1972) Die Theologie und Feuerbachs Religionskritik. Vandenhoeck and Ruprecht, Göttingen
Schneider H (1983) Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses. Huber, Bern
Schneider PB (1976) Zum Verhältnis von Psychoanalyse und psychosomatischer Medizin. Psyche 27:21-49
Schneider PB (1977) The observer, the psychosomatic phenomenon and the setting of the observation. Psychother Psychosom 28:36-46
Schneider W (1987) Deutsch für Kenner. Gruner and Jahr, Hamburg
Schönau W (1968) Sigmund Freud's Prosa. Literarische Elemente seines Stils. Metzlersche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart
Schonecke O, Herrmann J (1986) Das funktionelle kardiovaskuläre Syndrom. In: Uexküll T von (ed) Psychosomatische Medizin, 3rd edn. Urban and Schwarzenberg, Munich, pp 503-522
Schopenhauer A (1974) Sämtliche Werke. Suhrkamp, Frankfurt am Main
Schröter K (1979) Einige formale Aspekte des psychoanalytischen Dialogs. In: Flader D, Wodak-Leodolter R (eds) Therapeutische Kommunikation. Ansätze zur Erforschung der Sprache im psychoanalytischen Prozeß. Scriptor, Königstein, pp 179-185
Schüffel W, Uexküll T von (1986) Ulcus duodeni. In: Uexküll T von (ed) Psychosomatische Medizin, 3rd edn. Urban and Schwarzenberg, Munich, pp 761-782
Schultz H (1973) Zur diagnostischen und prognostischen Bedeutung des Initialtraumes in der Psychotherapie. Psyche 27:749-769

Schur M (1955) Comments on the metapsychology of somatization. Psychoanal Study Child 10:119-164

Schwaber EA (1987) Models of the mind and data-gathering in clinical work. Psychoanal Inquiry 7:261-275

Schwarz HJ (1987) Illness in the doctor: implications for the psychoanalytic process. J Am Psychoanal Assoc 35:657-692

Searles HF (1965) Collected papers on schizophrenia and related subjects. International Universities Press, New York

Segal H (1964) Introduction to the work of Melanie Klein. Basic, New York

Segal H (1973) Introduction to the work of Melanie Klein, rev edn. Hogarth, London

Seiffke-Krenke I (1985) Problembewältigung im Jugendalter. Z Pädagogische Entwicklungspsychologie 18:122-152

Sellschopp A (1988) Das Dilemma der Psycho-Onkologie. Mitteilungen der Deutschen Krebsgesellschaft 3:10-19

Shakow D (1960) The recorded psychoanalytic interview as an objective approach to research in psychoanalysis. Psychoanal Q 29:82-97

Shakow D, Rapaport D (1964) The influence of Freud on American psychology. Psychological Issues, vol 4. International Universities Press, New York

Shane E (1987) Varieties of psychoanalytic experience. Psychoanal Inquiry 7:199-205; 241-248

Shapiro T (1984) On neutrality. J Am Psychoanal Assoc 32:269-282

Sharpe EF (1940) Psycho-physical problems revealed in language: an examination of metaphor. Int J Psychoanal 21:201-213

Sheehan DV, Sheehan KH (1983) The classification of phobic disorders. Int J Psychiat Med 12:243-266

Shengold L (1971) More about rats and rat people. Int J Psychoanal 52:277-288

Sherwood M (1969) The logic of explanation in psychoanalysis. Academic, New York

Sherwood M (1973) Another look at the logic of explanation in psychoanalysis. Psychoanal Contemp Sci 2:359-366

Siegelmann EY (1990) Metaphor and meaning in psychotherapy. Guilford, New York

Sifneos PE (1973) The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom 22:255-262

Silberschatz G (1978) Effects of the therapist's neutrality on the patient's feelings and behavior in the psychoanalytic situation. Dissertation, New York University

Silverman MA (1987) Clinical material. Psychoanal Inquiry 7:147-165

Simon J, Fink G, Gill MM, Endicott NA, Paul IH (1970) Studies in audio-recorded psychoanalysis. II. The effect of recording upon the analyst. J Am Psychoanal Assoc 18:86-101

Smith HF (1990) Cues: the perceptual edge of the transformance. Int J Psychanal 71:219-228

Spence DP (1976) Clinical interpretation: some comments on the nature of evidence. Psychoanal Contemp Sci 5:367-388

Spence DP (1981) Psychoanalytic competence. Int J Psychoanal 62:113-124

Spence DP (1982) Narrative truth and historical truth. Meaning and interpretation in psychoanalysis. Norton, New York

Spence DP (1983) Narrative persuasion. Psychoanal Contemp Thought 6:457-481

Spence DP (1986) When interpretation masquerades as explanation. J Am Psychoanal Assoc 34:3-22

Spence DP (1987) The Freudian metaphor. Toward paradigm change in psychoanalysis. Norton, New York

Spence DP, Lugo M (1972) The role of verbal clues in clinical listening. Psychoanal Contemp Sci 1:109-131

Sperling E, Massing A (1970) Der familiäre Hintergrund der Anorexia nervosa und die sich daraus ergebenden therapeutischen Schwierigkeiten. Z Psychosom Med Psychoanal 16:130-141

Spielberger CD (1980) Streß und Angst. Beltz, Weinheim

Spillius EB (1983) Some developments from the work of Melanie Klein. Int J Psychoanal 64:321-332

Spitz RA (1973) Die Evolution des Dialogs. Psyche 27:697-717

Spitz RA (1976) Vom Dialog. Studien über den Ursprung der menschlichen Kommunikation und ihre Rolle in der Persönlichkeitsbildung. Klett, Stuttgart

Stein MH (1985) Irony in psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 33:35-57

Steiner R (1985) Some thoughts about tradition and change arising from an examination of the British Psychoanalytical Society's Controversial Discussions (1943-1944). Int Rev Psychoanal 12:27-72

Steiner R (1987) Some thoughts on «La vive voix» by I. Fonagy. Int Rev Psychoanal 14:265-272

Stepansky PE (1977) A history of aggression in Freud. Psychol Issues, vol X, no 3. International Universities Press, New York

Sterba RF (1929) Zur Dynamik der Bewältigung des Übertragungswiderstandes. Int Z Psychoanal 15:456-470

Sterba RF (1934) Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. Int Z Psychoanal 20:66-73

Stern DN (1977) The first relationship. Mother and infant. Fontana, London

Stern DN (1985) The interpersonal world of the infant. Basic, New York

Stern MM (1970) Therapeutic playback, self objectification and the analytic process. J Am Psychoanal Assoc 18:562-598

Stevenson RL (1967[1886]) Dr. Jekyll and Mr. Hyde. Bantam, New York

Stiemerling D (1974) Die früheste Kindheitserinnerung des neurotischen Menschen. Z Psychosom Med Psychoanal 20:337-362

Stierlin H (1975) Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Klett-Cotta, Stuttgart

Stierlin H, Weber G, Simon FB (1986) Zur Familiendynamik bei manisch-depressiven und schizoaffektiven Psychosen. Familiendynamik 11:267-282

Stoller RJ (1968) Sex and gender. Vol I: On the development of masculinity and feminity. Vol II: The transsexual experiment. Hogarth, London

Stoller RJ (1985) Presentations of gender. Yale University Press, New Haven

Stoller RJ (1986a[1979]) Sexual excitement. Dynamics of erotic life. Maresfield Library, London

Stoller RJ (1986b[1975]) Perversion. The erotic form of hatred. Maresfield Library, London

Stolorow RD, Lachmann FM (1984/85) Transference: the future of an illusion. Annu Psychoanal 12/13:19-37

Stone L (1961) The psychoanalytic situation. An examination of its development and essential nature. International Universities Press, New York

Strachey J (1934) The nature of the therapeutic action of psycho-analysis. Int J Psychoanal 15:127-159

Straus E (1952) The upright posture. Psychiatr Q 26:529-561

Strian F (1983) Angst. Grundlagen und Klinik. Ein Handbuch zur Psychiatrie und medizinischen psychologie. Springer, Berlin Heidelberg New York

Strupp HH (1973) Psychotherapy. Clinical, research, and theoretical issues. Aronson, New York

Strupp HH (1978) Psychotherapy research and practice: an overview. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis, 2nd edn. Wiley, New York, pp 3-22

Strupp HH, Binder J (1984) Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy. Basic, New York

Strupp HH, Wallach MS, Wogan M (1964) Psychotherapy experience in retrospect: questionnaire survey of former patients and their therapists. In: Kimble GA (ed) Psychological monographs general and applied 78, Whole No 558

Stunkard AJ (1986) Adipositas. In: Uexküll T von (ed) Psychosomatische Medizin, 3rd edn. Urban and Schwarzenberg, Munich, pp 583-599

Szecsödy I (1981) The supervisory process. Theory and research in psychotherapy supervision (a research project). Report 3, University Stockholm

Szecsödy I (1986) Feedback in psychotherapy and in training. Nord Psych Tidsk 40:193-200

Szecsödy I (1990) The learning process in psychotherapy supervision. Kongl. Carolinska Medico Chirurgiska Institute, Stockholm

Szondi F (1975) Einführung in die literarische Hermeneutik. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Teller V (1981) Book Review: Rogers R: Metaphor: a psychoanalytic view. Psychoanal Rev 68: 458-460

Teller V, Dahl H (1986) The microstructure of free association. J Am Psychoanal Assoc 34:763-798

Thomä H (1953) Traitment d'une hypertension considère comme exemple d'un «refoulement bèphas». L'Evolution psychiatrique III:443-456. Dt: (1953/54) Über einen Fall schwerer zentraler Regulationsstörung als Beispiel einer zweiphasigen Verdrängung. Psyche 7:579-592

Thomä H (1954) Über die psychoanalytische Behandlung eines Ulcuskranken. Psyche 9:92-125

Thomä H (1957) Männlicher Transvestitismus und das Velrangen nach Geschlechtsumwandlung. Psyche 11:81-124

Thomä H (1962/63) Bemerkungen zu neueren Arbeiten über die Theorie der Konversion. Psyche 16:801-813

Thomä H (1967a) Anorexia nervosa. International Universities Press, New York

Thomä H (1967b) Konversionshysterie und weiblicher Kastrationskomplex. Psyche 21:827-847

Thomä H (1977) Psychoanalyse und Suggestion. Z Psychosom Med Psychoanal 23:35-55

Thomä H (1978) Von der «biographischen Anamnese» zur «systematischen Krankengeschichte». In: Drews S et al (ed) Provokation und Toleranz. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum 70. Geburtstag. Suhrkamp, Frankfurt am Main, pp 254-277

Thomä H (1981) Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Thomä H (1983) Erleben und Einsicht im Stammbaum psychoanalytische Techniken und der «Neubeginn» als Synthese im «Hie und Jetzt». In: Hoffmann SO (ed) Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt am Main

Thomä H (1991) Idee und Wirklichkeit der Lehranalyse. Psyche 45:385-433, 481-505

Thomä H, Cheshire N (1991) Freud's «Nachträglichkeit» und Strachey's «deferred action»: trauma, constructions and the direction of causality. Int Rev Psychoanal 18:407-427

Thomä H, Hohage R (1981) Zur Einführung einiger kasuistischer Mitteilungen. Psyche 35:809-818

Thomä H, Houben A (1967) Über die Validierung psychoanalytischer Theorien durch die Untersuchung von Deutungsaktionen. Psyche 21:664-692

Thomä H, Kächele H (1973) Problems of metascience and methodology in clinical psychoanalytic research. Annu Psychoanal 3:49-119

Thomä H, Kächele H (1987) Psychoanalytic practice, vol 1. Principles. Springer, Berlin Heidelberg New York

Thomä H, Rosenkötter L (1970) Über die Verwendung audiovisueller Hilfsmittel in der psychotherapeutischen Ausbildung. Didacta Medica 4:108-112

Thomä H, Thomä B (1968) Die Rolle der Angehörigen in der psychoanalytischen Technik. Psyche 22:802-822

Thomä H, Grünzig HJ, Böckenförde H, Kächele H (1976) Das Konsensusproblem in der Psychoanalyse. Psyche 30:978-1027

Ticho EA (1971) Termination of psychoanalysis; treament goals, life goals. Psychoanal Q 41:315-333

Ticho EA (1974) DW Winnicott, Martin Buber and the theory of personal relationships. Psychiatry 37:240-253

Tölle R (1983) Orztliche Überlegungen zum Einsichtsrecht des Patienten. Dt Orzteblatt 18:47-53

Tugendhat E (1979) Selbstbewußtsein und Selbstbestimmung. Sprachanalytische Interpretationen. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Tugendhat E (1984) Probleme der Ethik. Reclam, Stuttgart

Uexküll T von (1985) Der Körperbegriff als Problem der Psychoanalyse und der somatischen Medizin. Praxis Psychother Psychosom 30:95-103

Uexküll T von (ed) (1986) Psychosomatische Medizin, 3rd edn. Urban and Schwarzenberg, Munich

Van Dam H (1987) Countertransference during an analyst's brief illness. J Am Psychoanal Assoc 35:647-655

Vogt R (1986) Psychoanalyse zwischen Mythos und Aufklärung oder Das Rätsel der Sphinx. Campus, Frankfurt am Main

Wachtel PL (1982) Vicious circles. The self and the rhetoric of emerging and unfolding. Contemp Psychoanal 18:259-273

Waelder R (1930) Das Prinzip der mehrfachen Funktion. Bemerkungen zur Überdeterminierung. Int Z Psychoanal 16:285-300. Engl: (1936) The principle of multiple function. Observations on overdetermintion. Psychoanal Q 5:45-62

Waelder R (1960) Basic theory of psycho-analysis. International Universities Press, New York

Walker LEA (ed) (1988) Handbook on sexual abuse of children. Springer Publishing, New York

Wallerstein RS (1973) Psychoanalytic perspectives on the problem of reality. J Am Psychoanal Assoc 21:5-33

Wallerstein RS (1981) Becoming a psychoanalyst. A study of psychoanalytic supervision. International Universities Press, New York

Wallerstein RS (1983) Reality and its attributes as psychoanalytic concepts: an historical overview. Int Rev Psychoanal 10:125-144

Wallerstein RS (1986) Forty-two lifes in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy. Guilford, New York

Wangh M (1987) The genetic sources of Freud's difference with Romain Rolland on the matter of religious feelings. In: Blum H, Kramer Y, Richards AK, Richards AD (eds) Fantasy, myth and reality. International Universities Press, New York

Weber JJ, Elinson J, Moss IM (1966) The application of ego strength scales to psychoanalytic clinic records. In: Goldman GS, Shapiro D (eds) Developments in psychoanalysis at Columbia University. Hafner, New York, pp 215-273

Weber M (1949[1904]) The meaning of «ethical neutrality» in sociology and economics. In: Weber M (ed) The methodology of the social sciences. Free Press, New York

Weber M (1921) Soziologische Grundbegriffe. Mohr, Tübingen

Weiner H (1977) Psychobiology and human disease. Elsevier, New York

Weinrich H (1968) Die Metapher. Poetica 2:100-130

Weinrich H (1976) Sprache in Texten. Klett, Stuttgart

Weiss E (1988) Symbolischer Interaktionismus und Psychoanalyse. Zur Geschichte und Bedeutung ihres theoretischen Verhältnisses. Psyche 42:795-830

Weiss J, Sampson H (1986) Symbolischer Interaktionalismus und Psychoanalyse

Weizsäcker CF von (1987) Viktor von Weizsäcker zwischen Physik und Philosophie. In: Hahn P, Jacob W (eds) Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 163-165

Weizsäcker V von (1950a) Diesseits und jenseits der Medizin. Köhler, Stuttgart

Weizsäcker V von (1950b) Zwei Arten des Widerstandes. Psyche 4:1-16

Weizsäcker V von (1951) Fälle und Probleme, 2nd edn. Thieme, Stuttgart

White RW (1963) Ego and reality in psychoanalytic theory. A proposal regarding independent ego energies. Psychological issues, vol 3, no 3, monograph 11. International Universities Press, New York

Wilson E jr (1987) Did Strachey invent Freud? Int Rev Psychoanal 14:299-315

Winnicott DW (1949) Hate in the countertransference. Int J Psychoanal 30:69-74

Winnicott DW (1956) Zustände von Entrückung und Regression. Psyche 10:205-215

Winnicott DW (1965) The maturational processes and the facilitating environment. Studies in the theory of emotional development. International Universities Press, New York

Winnicott DW (1972) Fragment of an analysis. In: Giovacchini PL (ed) Tactics and techniques in Psychoanalytic therapy. Hogarth, London, pp 455-693

Wirsching M, Stierlin H (1982) Krankheit und Familie. Klett-Cotta, Stuttgart

Wirsching M, Stierlin H, Haas B, Weber G, Wirsching B (1981) Familientherapie bei Krebsleiden. Familiendynamik 6:2-23

Wittgenstein L (1984) Werkausgabe, vol 8. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Wodak-Leodolter R (1979) Probleme der Unterschichttherapie. Aspekte einer empirischen Untersuchung therapeutischer Gruppen. In: Flader D, Wodak-Leodolter R (eds) Therapeutische Kommunikation. Ansätze zur Erforschung der Sprache im psychoanalytischen Prozeß. Scriptor, Königstein, pp 186-207

Wolf ES (1979) Transferences and countertransferences in the analysis of disorders of the self. Contemp Psychoanal 15:577-594

Wolf ES (1983) Empathy and countertransference. In: Goldberg A (ed) The future of psychoanalysis. International Universities Press, New York, pp 309-326

Wolff HG (1977) The contribution of the interview situation to the restriction of phantasy, life and emotional experience in psychosomatic patients. Psychother Psychosom 28:58-67

Wurmser L (1977) A defense of the use of metaphor in analytic theory formation. Psychoanal Q 46:466-498

Wurmser L (1987) Flucht vor dem Gewissen. Springer, Berlin Heidelberg New York

Wyss D (1982) Der Kranke als Partner, vols 1,2. Vandenhoeck and Ruprecht, Göttingen

Wyss D, Bühler KE (1985) Von der Daseinsanalyse zur anthropologisch-integrative Psychotherapie. Nervenheilkunde 4:222-226

Yalom ID, Elkin G (1974) Every day gets a little closer. A twice-told therapy. Basic, New York

Zenz H, Brähler E, Braun P (1975) Persönlichkeitsaspekte des Kommunikationserlebens im Erstinterview. Z Psychosom Med Psychoanal 21:376-389

Zeppelin I von (1987) Outline of a process model of psychoanalytic therapy. In: Cheshire N, Thomä H (eds) Self, symptoms and psychotherapy. Wiley, New York, pp 149-165

Zerssen D von, Möller HJ, Baumann U, Bühringer G (1986) Evaluative Psychotherapieforschung in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin. Psychother med Psychol 36:8-17

Zetzel ER (1966) Additional notes upon a case of obsessional neurosis: Freud 1909. Int J Psychoanal 47:123-129

Zulliger H (1957) Bausteine zur Kinderpsychotherapie und Kindertiefenpsychologie. Huber, Bern

Именной указатель

Абрахам К. 122, 296
Адлер А. 163, 632
Айзекс С. 51
Айкофф Ф.В. 482
Айхорн А. 339
Александер Ф. 266, 296, 570, 629, 631—634, 636, 639
Амстердам Б.К. 188, 295
Андерсон К.М. 617
Анзье А. 45, 47
Аргеландер Х. 38
Аренс С. 644, 645, 651
Аристотель 404, 416
Арлоу Дж.А. 20, 21, 135, 403

Балинт М. 32, 50, 161, 292, 353, 472, 499, 637, 639, 640, 658
Барангер М. 360, 361
Бартелс М. 26
Бахрах Х.М. 656
Бейглер Дж.С. 41
Бекманн Д. 147, 558, 667
Бенедетти Г. 651
Бенкерт О. 559
Бергин А.Э. 386
Бергманн П. 58, 492
Берланд Дж.А. 46
Бернфельд С. 49, 415
Бернштейн Б. 312
Бертин К. 493
Беттельхейм Б. 22
Бильгер А. 506
Биндер Дж.Л. 148
Бион В. 209, 213, 214, 472
Бларер А. фон 438
Блос П. 337, 339
Блуменберг А. 714
Блуменберг Х. 403
Блумер Х. 146
Блэк М. 405
Болебер В. 576
Болланд Дж. 49
Бонапарт М. 493
Боор К. де 49
Боулби Дж. 53, 558, 656
Бошорменый-Наги И. 615
Брандт Л.В. 22
Браун Х.Й. 702
Брахер К.Д. 482
Брейер Дж. 297
Бреннер К. 21, 46
Брехт Б. 691
Брогле И. 438
Бройтигам В. 266, 298, 299, 656, 663
Брокхаус 417
Бромлей Д.Б. 52
Брулл Х.Ф. 22
Брунер Дж. 641
Брэхлер Э. 651
Бубер М. 384, 703
Буччи В. 262, 383
Бэнсон К.Б. 640
Бюлер К. 186, 420
Бюргин Д. 339

Вайнер Х. 633, 636
Вайнрих Х. 404, 416, 419
Вайс Дж. 32, 52, 146, 221, 494
Вайцзэкер В. фон 620, 640, 641
Вайцзэкер К.Ф. фон 640
Валлерстейн Р.С. 73, 322, 432, 618, 656, 663, 664, 676
Ван Дамм Х. 448
Ванг М. 704
Варда А. 396, 397
Вебер Дж.Дж. 656
Вебер М. 429
Вильсон Э., мл. 22, 164
Винникотт Д.В. 45, 169, 176, 189, 190, 384, 515, 583, 676
Виршинг М. 617
Висс Д. 641
Виттгенштейн Л. 10, 148
Вогт Р. 712
Водак-Леодольтер Р. 312
Вольф Э.С. 190, 191, 196, 440
Вольфф Х.Г. 651
Вундт В. 35
Вурмсер Л. 45, 242, 405, 467, 559

Гадамер Х.Г. 185
Галенсон Э. 492
Гамильтон Н.Дж. 213

Гантрип Х. 47
Гардинер М. 40
Гарфильд С.Л. 386
Гаус Э. 655
Гёбель П. 404
Гебсаттель В.Э. фон 478
Гегель Г.В.Ф. 599
Гейст В.Б. 293
Гелирд Э. 45
Гёррес А. 714
Гёте И.В. фон 38, 411, 670
Гидо Дж. Э. 436
Гилл М.М. 7, 60, 61, 66, 67, 76, 220, 221, 442, 465, 513
Гитлер А. 367, 373, 484, 487, 491, 660, 686, 692, 694
Гленн Дж. 41
Гловер Э. 44, 49, 52, 60
Голдберг А. 46
Гомер 417
Гоудсмит В. 322
Гоулд Р.Л. 432
Гоффман Э. 133
Граве К. 548
Грасси Э. 405
Грей А. 214
Грин Х. 47
Гринберг Л. 199, 214
Гринберг Р.П. 267
Гринсон Р.Р. 40, 44, 69, 437, 539, 557
Гринэкр П. 351
Гроддек Г.В. 65, 218, 220, 633, 634, 637
Гродзицки В.Д. 420
Гросскурт П. 445
Грунбергер Б. 482
Грюнбаум А. 25, 27, 28, 43, 570, 646, 701
Гурман А.С. 617
Гэй П. 704

Даль Х. 47, 61, 89
Данквардт И. 122
Дарвин Ч.Р. 165, 569
Дейч Ф. 58
Дейч Х. 154, 492
Деффнер Г. 644
Джакобсон Э. 122
Джеймс У. 58
Джексон Х. 637
Джиоваккини П.Л. 45
Джоас Х. 146
Джозеф Э.Д. 48
Джонг Э. 47
Джонс Э. 20, 41, 183, 193, 404, 702
Джонсон В.Э. 669
Джорашки П. 572
Древерман Э. 714
Дригальски Д. фон 47
Дулиттл Х. 401
Дьюальд П.А. 45
Дюпре В. 702
Дюрссен А. 656
Дюсинг Э. 599

Зельшоп П. 655
Зенф В. 658
Зенц Х. 667
Зерссен Д. фон 656

Игл М. 35, 48, 49

Кан М.М.Р. 30
Кант И. 403
Канцер М. 41
Каплан Х.Ф. 428
Карвет Д.Л. 405
Кардиналь М. 47, 400
Каспер В. 714
Кассерер Э. 702
Кастанеда К. 396
Кафка Дж.С. 478
Кафка Ф. 111, 115
Кёлер Л. 191, 196
Кёллер В. 404
Келлер-Бауэр Ф. 416, 417
Кёниг К. 558
Кернберг О.Ф. 211, 507, 656
Кернер Й. 712
Керц И.П. 647
Кеттнер М. 646
Кёхле К. 655
Кланн Г. 384
Клаубер Дж. 33, 221, 227, 445
Клейн Д.Ф. 555, 556
Клейн Дж.С. 30
Клейст Г. фон 273
Клерман Дж. 650
Кливланд С.Э. 264
Кляйн М. 44, 122, 128, 197, 208—210, 212, 213, 217, 219, 220, 360, 445
Ковнер Б.Дж. 59
Колаковски Л. 712
Колби К. 61, 68
Комптон А.А. 552
Корди Х. 658

Кохут Х. 33, 182, 187, 189—191, 196, 213, 220, 221, 252, 264, 393, 485, 599
Краузе Р. 58, 148
Кремериус Й. 33, 41, 221, 228, 309, 499, 645
Крис Э. 683
Кристиан П. 298, 299, 570, 571
Кристоффель Х. 406, 407
Крюгер Д.В. 359
Куервэйн П.Ф. де 704
Кули К.Х. 187
Кундо П. 25
Купер А.М. 658
Курц Г. 416, 417
Куттер П. 639
Кьеркегор С. 253
Кьюби Л.С. 49, 55, 56, 60, 133, 636
Кэннон В.Б. 165, 552
Кэхеле Х. 44, 47, 52, 60, 241, 293, 394, 406, 454, 557, 621, 637, 656, 662, 712
Кюблер К. 665, 668
Кюнг Х. 704, 715
Кюхенхофф Й. 263

Лакан Ж. 21, 45, 164, 187, 188
Лампль-де-Гроот Ж. 492, 538
Ланг Х. 45
Лангер С.К. 702
Лангс Р.Дж. 464
Лапланш Ж. 21, 163, 188
Ласх К. 482
Лауфер М. 337
Лахманн Ф.М. 67
Лебовиси С. 199
Лёвальд Х.В. 130, 190, 196, 267, 487
Лев-Беер М. 683, 697
Левитт М. 188, 295
Лейхаузен П. 286
Леллиотт П. 556
Леодольтер Р. 312
Лернер Р.М. 337
Ливи С.А. 384
Липовски З.Дж. 634
Липтон С.Д. 45
Литтл М. 169
Лихтенберг Дж.Д. 29, 149, 211, 437, 584
Лихтенштейн Х. 133
Лойцингер-Болебер М. 61, 598, 665, 667
Лондон Н.Дж. 40
Лоренц К. 165, 178, 286
Лоренцер А. 25, 26, 702
Луго М. 62
Лукманн Т.Х. 132
Льюин Б.Д. 403, 566
Лэйси 633
Лэмберт М.Дж. 656
Люборски Л. 60, 64, 69, 224, 386, 470
Лютольф П. 58

Майер А.Э. 57, 60, 61, 266, 394, 633, 641
Макдугалл В. 182
Макдугалл Дж. 199, 640, 651
Маклафлин Дж.Т. 53, 58
Маклин П. 644
Макфарлан К. 513
Малер М.С. 46, 295
Марголин С.Дж. 640
Марграф Дж. 555
Маркс И. 556
Маркс К. 699
Мартен Р. 691
Марти П. 626, 643, 644, 646
Мартини П. 618
Массинг А. 617
Мастерс В.Х. 669
Мах Э. 646
Меел П.Э. 28
Мейсон А. 46
Мейсснер В.В. 62, 68, 213, 214, 430, 704, 715
Мельцер Д. 45
Мендельсон М. 640
Менне К. 309, 310
Меннингер К.А. 44, 664
Менцос С. 554, 557, 559
Мервайн Ф. 655
Мергенталер Э. 53
Мерло-Понти М. 188
Местер Х. 264
Мид Дж.Х. 146, 147, 191, 599
Миллер А. 396
Милль Дж.С. 35, 37, 618
Минухин С. 617
Минц Дж. 481
Миттельстрасс Й. 380
Митчерлих А. 49, 52, 629, 638, 639
Митчерлих М. 296
Михельс Р. 21
Мозер Т. 47, 79, 651
Мозер У. 61, 148, 228
Момольяно Л.Н. 47
Моргенталер Ф. 130

Мушг В. 38
Мэйман М. 124
Мэслинг Дж. 47
Мэхони П. 22, 37, 38, 40, 41, 416, 445
М'Юзан М. де 642—644
Мюллер-Брауншвайг Х. 651
Мялл Д.С. 404

Назе Э. 715
Наполеон Б. 133
Недельманн К. 658
Немиа Дж.К. 644, 645
Нестрой Дж.Н. 149
Нидерланд В.Дж. 40
Нин А. 47
Ницше Ф. 455, 465, 544, 699, 700
Нойдерт Л. 52, 134, 665, 668
Нойманн Х. 353
Нунберг Х. 489

Овербек Г. 645
Огден Т.Х. 210
Оккам В. фон 66
Ольбрих Э. 337
Орнстон Д. 22
Ортони А. 404
Оруэлл Дж. 186
Остов М. 650
Отто Й. 614

Пайвио А. 262
Пайнс М. 22
Палаццоли Селвини М. 617
Палвер С.Э. 45—48, 51
Парин П. 438
Парин-Маттхей Г. 438
Перрес М. 37, 38, 40, 614
Петерманн Ф. 52
Петерфройнд Э. 61, 435, 683
Петцольд Э. 616
Пик А. 572
Платон 380, 381
Поллок Дж.Х. 481, 633
Понталис Ж.Б. 163, 188
Пордер М.С. 214
Прибилла О. 364
Пфайфер Р. 61
Пфандл Л. 187
Пфеффер А.З. 658
Пфистер 699, 700, 712, 715

Рабле Ф. 407
Рагер Г. 653
Рад М. фон 640, 641
Райтер Л. 311
Райх В. 216—218, 220, 638
Ранк О. 187, 218, 220, 261, 552
Рапапорт Д. 21, 53, 572, 664
Реберг К.С. 182
Редлих Ф.К. 309
Рид Дж.С. 220
Рикёр П. 27
Рихтер Х.Э. 313, 558, 667
Ричард И.А. 403, 405
Роббинс Ф.П. 54, 656, 658
Роджерс К. 53
Роджерс Р. 59, 404
Розен В.Х. 415
Розенблатт А.Д. 40
Розенкёттер Л. 52, 59
Розенфельд Х. 128, 129, 209, 219, 263
Ройфе Х. 492
Рокич Д. 152
Роршах Х. 669—671
Ротштейн А. 491
Рохейм Г. 187
Руберг В. 454, 457
Рубинштейн Б. 35, 404
Рубовиц-Зайц П. 27
Рэкер Х. 149, 150, 228
Рэнгелл Л. 216—218, 552, 570, 635, 636
Рюгер У. 122

Сайн Р. 416
Сакс С. 404
Сандер Л.В. 196
Сандлер А.М. 57, 67
Сандлер Дж. 49, 57, 62, 67, 147, 148, 216—219, 221, 323, 447
Саржент Х.Д. 657
Сартр Ж.-П. 455
Сейффж-Кренке И. 337
Секеди И. 674—676
Сигал Х. 45, 219
Сильверман М.А. 45—47
Сирлз Х.Ф. 169
Сифнеос П.Э. 644, 645
Смит Х.Ф. 68
Сократ 380, 381, 384
Соссюр Ф. де 416
Спенс Д.П. 48, 52, 60, 62
Спиллиус Э.Б. 44
Стейн М. 178
Стейнер Р. 128
Стивенсон Р.Л. 491
Столлер Р.Дж. 60, 61, 68, 133, 204, 351, 492

Столороу Р.Д. 67
Страпп Х.Х. 28, 148, 579, 662
Стрэчи Дж. 22, 164, 252, 369, 403, 428, 506
Сэмпсон Х. 32, 52, 221, 494

Тёлле Р. 364
Теллер В. 61, 404
Тихо Э.А. 322, 384, 664
Тодт Э. 337
Томэ Б. 353
Томэ Х. 7, 22, 26, 28, 32, 35, 44, 49, 51—53, 59, 66, 146, 147, 164, 165, 210, 264, 353, 428, 478, 491, 492, 548, 561, 599, 603, 621, 624, 629, 637, 638, 646, 658, 683, 712
Тугендат Э. 132, 430, 688

Уайт Т.В. 191
Уокер Л.Э.А. 513
Уэкскюлл Т. фон 633, 635, 636
Уэлдер Р. 552

Фара Г. 25
Фаренберг П. 266, 653
Фасбиндер Р.В. 504
Фассхауэр К. 297
Федлер И. 241
Фейербах Л. 699—701
Фенихель О. 44, 216, 217, 219, 655
Ференци Ш. 32, 65, 114, 167, 218, 220, 296, 499, 569
Филиппопулос Дж.С. 263
Филиппс Й.Х. 702
Фискалини Дж. 214
Фихте И.Г. 599
Фишер С. 66, 264, 267
Фладер Д. 386, 416, 420
Флисс В. 163
Фонажи И. 58
Форрестер Дж. 652
Фрейд А. 115, 128, 216, 217, 431, 538, 604, 605
Фрейд З. 7, 9, 12, 19—44, 47, 49, 50, 53, 60, 61, 65, 68, 86, 87, 89, 129, 130, 133, 141, 146, 159, 163—165, 185, 187, 188, 210—212, 217, 228, 234, 241, 252, 262, 263, 281, 292, 293, 295—297, 310, 337, 351, 352, 356, 360, 381—383, 386, 394, 401, 403, 406, 428, 432, 434, 436—438, 445, 480, 483, 486—490, 492—494, 499, 506, 538, 547, 549—556, 560, 561, 569—571, 573, 604, 605, 614, 615, 627, 631, 632, 637—639, 642, 646, 647, 652, 654—656, 664, 674, 680, 699—703, 714, 715
Френч Т.М. 634
Фрик Э.М. 464
Фэн М. 642
Фэрис М. 124
Фэррелл Б.А. 37

Хабермас Дж. 25—27, 190
Хайгль Ф. 434
Хайгль-Эверс А. 434
Хайдеггер М. 164
Хайзинг Г. 311
Хайманн П. 60, 146, 214, 444
Хайнрих К. 712
Хартманн Х. 31, 130, 432
Хастедт Х. 653
Хед Х. 572
Хензелер Х. 175
Херрманн Й. 633
Хилгард Дж.Р. 480
Хименес Й.П. 506
Хиппиус Х. 559
Хирш Э.Д., мл. 22, 26, 27
Холланд Н.Н. 43
Холлингшед А.Б. 309
Хольцман П.С. 44
Хомский Н. 416
Хоубен А. 51
Хоффер А. 435, 438
Хоффер В. 129
Хоффман И.З. 60, 67, 76, 513
Хоффманн С.О. 555, 558
Хохаге Р. 44, 448, 665, 668
Хэглунд Т.Б. 655
Хэслер Л. 482
Хэфнер Х. 554—556
Хюбнер К. 712

Цвейг С. 670
Цеппелин И. фон 148
Цетцель Э.Р. 42
Цинн Э. 53
Цуллигер Х. 339

Чешир Н.М. 22, 35, 66, 164, 165, 264, 428, 599, 646

Шаков Д. 53, 60
Шалмей П. 40
Шапиро Т. 432
Шарко Ж.М. 41, 561, 571

Шарлье Т. 481
Шарп Э.Ф. 44, 405
Шарфенберг И. 715
Шассегю-Смиргель Ж. 482, 492
Шаумбург К. 618
Швабер Э.А. 46
Шейдт К.Э. 165
Шейн Э. 45, 46
Шекспир У. 58
Шелер М. 165
Шён А. 584
Шёнау В. 38
Шенголд Л. 42
Шервуд М. 35, 40
Шилдер П. 264, 572, 573
Шиллер Ф. фон 399, 705
Шимек Дж. 667
Шихан Д.В. 555
Шихан К.Х. 555
Шлезер Р. 712
Шлейермахер Ф.Д.Э. 22, 23
Шлессингер Н. 656, 658
Шмале А.Х. 642
Шмидл С. 49
Шмидт А. 584
Шнайдер В. 584
Шнайдер П.Б. 642, 651
Шнайдер Э. 700, 701
Шонди Ф. 28
Шонеке О. 633
Шопенгауэр А. 149, 150, 165, 411
Шоу М. 116, 122
Шпельбергер К.Д. 557
Шперлинг Э. 617
Шпиц Р.А. 296, 383
Шребер Д. 396
Шрётер К. 309, 310, 312
Штерба Р.Ф. 131, 339
Штерлин Х. 617
Штерн Д. 128, 191, 196, 384
Штерн М.М. 54
Штимерлинг Д. 124
Штраус Э. 188, 295
Штриан Ф. 263, 553
Штункард А.Й. 257
Шульц Х. 293
Шур М. 624, 638, 639, 643
Шютц А. 599
Шюффель В. 636

Эдельсон М. 38, 43, 52, 416, 618
Эймер М. 37, 618
Эйнштейн А. 386
Эйсслер К.Р. 454, 455, 655
Экстейн Р. 676
Экстэдт А. 482
Элих К. 420
Элкин Дж. 47
Энгел Дж.Л. 481, 642
Эриксон Э.Х. 20, 187, 251, 252, 262, 264, 295, 337, 338, 490
Эрлих П. 615
Этчегоен Р.Х. 219

Юм Д. 37
Юнг К.Г. 141, 163
Юнкер Х. 22, 311

Якоб П., мл. 61
Ялом И.Д. 47

Предметный указатель

Абстиненция 194, 439
Автономия 59, 199, 295, 542, 673
— конфликт 680
— псевдоавтономия 228
— как ценность 430
Агрессия, Агрессивность (см. также Деструктивность) 103, 108, 222, 270, 321, 552, 579
— и автономия 678
— анальная 412
— аутоагрессия 490, 624
— и деструктивность 140
— избегание 227, 490, 529
— идентификация 108, 474
— в контрпереносе (см. Контрперенос)
— пассивная 240
— и расширение 516
— трансферентная 136
— и тревожность 559
— угроза покончить жизнь самоубийством 176
— уровень 169
— и чувство обиды 31, 490
— эдипова 76
Агрессор (см. Идентификация)
Активность и пассивность 30, 224, 595
Алекситимия 620, 642
— «оперативное мышление» 642
— теория 642
Аллергия 627
Альянс
— помогающий 64, 69, 73, 385
— рабочий (см. Рабочий альянс)
Амбивалентность 133, 268, 487, 541, 600, 711
Анализ (см. Психоанализ)
Анализируемость 88, 308, 664, 669
Аналитик (см. Психоаналитик)
Анальность 241
— анальная автономия 204
Анимизм 208, 647
Анонимность 167, 443—445
Анорексия нервная 105, 173, 253, 471, 601
— аминорея 109
— вес тела 109
— голод 257, 605
— обжорство 473, 526
— ощущение тела 109, 256, 412
— потребность двигаться 606
Антропология 640, 649, 655
Антропоморфизм 277, 410
Ассоциация, свободная
— аналитика 394
— в аналитическом процессе 565
— как сопротивление 230
— фундаментальное правило, базовое правило 72, 387
Аудиозапись 20, 52—54, 121, 183, 394, 395, 454—456
— клиническое использование 326
— кодирование, расшифровка 454
— конфиденциальность 395, 462
— лечение и исследование 60
— негативные последствия 464—466
— перенос 56, 377, 457, 458, 460
— преимущества и недостатки 464—466
— проекция 455
— стенограммы 53
— как цензор 456, 459
Аутогенный тренинг 327
Аутоэротизм 188
Афанизис 183, 193
Аффекты (см. также Эмоция) 147, 274
— аналитика (см. также Эмоция) 147
— аффективность 383
— отвержение 224
— отказ от 222
— теории об 165

Базовое нарушение 639
Безопасность 235, 248, 270, 284, 330, 447, 560, 588
— глубинная 92
— принцип 251—253
— терапевта 656

Беременность 109
— аборт 641
— выкидыш 122, 123
— конфликт 68
— фантазируемая 79, 541
Беспомощность 31, 32, 168, 292, 415, 472, 550—552, 641
Бессознательное 29—31, 48, 67, 146, 169, 185, 195, 209, 219, 367, 446, 560, 570, 573
— агрессия, бессознательная (см. также Агрессивность) 126, 136, 137, 160, 171, 223, 270, 321
— амбивалентность (см. Амбивалентность)
— вина (см. также Вина и чувство вины) 135, 183, 240, 356, 478—480, 666
— и время 220, 478—480
— желания (см. также Желание) 81, 90, 103, 122—124, 135, 136, 230, 231, 247, 283, 601
— зависть 127, 206, 207
— и защита (см. также Защита) 470, 478, 493, 547
— значение 405
— и идентификация (см. также Идентификация) 210, 214
— и интерпретация 218
— коммуникация, бессознательная (см. также Диалог и Язык) 147, 148, 190, 209, 327, 383, 384
— компоненты Я 190, 372
— конфликт 138, 242, 350, 428, 429
— мотив 39, 59, 63, 70, 101, 185, 288, 429
— настоящее 67
— объект 134
— ожидания аналитика 191, 199
— ожидания пациента 30, 269, 339, 340
— память 61
— перенос (см. также Перенос) 134, 135, 479
— понимание 147, 148, 394
— и предсознательное 67
— симбиоз 361, 609
— символы 142, 159, 518
— смена ролей 204
— содержания, бессознательные 132, 210, 211, 280
— и структура 67, 690
— схемы 38, 128, 240, 241, 690
— и тело 159, 262, 266, 267, 405, 561—563, 572, 573, 634—636, 648—659
— «теория двойного кода» 262
— тревога (см. также Тревога) 286, 330, 450
— установка (см. также Этиология) 130, 148, 690
— фантазия 103, 118, 128, 142, 159, 163, 209, 213, 216—218, 261, 350, 406, 425, 479, 508
— и «царская дорога» 261
Биография 323, 482
— реконструкция 31, 37
Биперсональность 166, 287, 641
Бихевиоризм 641
Благодарность и зависть 182, 289
Близость 248
Боль 652
— расставания 277, 543
Борьба за власть 79, 103
— и контрперенос 475, 682

Вагинизм 562
Введения фаза (см. также Техника) 68, 220
Вербализация 312
Взаимодействие
— микровзаимодействие 149
— и переживание 684
— символическое 146
— социальное 147
Вина и чувство вины 133, 158, 171, 172, 240, 280, 320, 357, 367, 481, 563, 600, 626
— аналитика 104
— деструктивность 143
— и религиозность 704
Виньетка 44
Власть и импотенция 464, 469, 470, 575, 710
— проекция 486
Влечение 260
— желание 547
— инстинктивная тревога 257, 479, 560, 605
— инстинкты 547
— теория 165, 187—189
— удовлетворение 337, 479, 512, 605
Влюбленность 92
Внимание, равномерно распределенное 49, 394
— внутренний монолог 60

Внушение, внушаемость (суггестия) 23, 28, 68, 251, 621
Вопрос 237
— к аналитику 242
— контрвопрос 398
— и ответ 312, 398, 399
— в качестве поддержки 251
Воспоминания 201
— аффективные 501, 519, 520
— детские 124, 408, 508
— забытые 280
— защищенные 501
— и инсайт 382
— реконструкция 482—490
— терапевтический эффект 684—687
Время
— временны́е аспекты 259
— история 482—484
— переживание времени и депрессия 478
— прошлое и настоящее 687
Всемогущество и бессилие 179, 190
Выгода от болезни
— вторичная 108—110, 578, 621
— первичная (см. Защита)
Вытеснение 89, 90, 231, 406, 605
— возврат 90, 376
— двухступенчатое 638
— снятие 89, 570
— сопротивление 219

Герменевтика
— глубинная 24
— психоаналитическая 27
— технологическая 26
Гипноз 327, 529
Гомосексуальность 95, 248—251, 501, 507, 594, 608
— параноидное развитие 211
— садомазохизм 485
— сопротивление 530
Граница Я 211
Грудь 295
— «хорошая» и «плохая» 128

Данные
— дословные записи 56
— зависимость от терапии 23, 25, 44, 45
— теории построение 62
Двойник 187
Двойного кода теория 263
Двусмысленность 280
Дезинтеграция 264
Деидеализация (см. Идеализация)
Делинквентность 322—337
Демистификация 47
Депрессия 100, 600—603
— депрессивная позиция 361
— литий 115, 118
— навязчивые симптомы 365
— невротическая 132, 355, 479, 529
— оплакивание 116, 481, 600
— психотическая 115, 479
— самоубийство (суицид) 100
— сомнение в себе 478
— и тревога 554
Деструктивность (см. также Агрессивность) 104, 142, 177, 204, 482, 547
Детские воспоминания 124, 407
— в контрпереносе 163
— и перенос 120
— травмирующие 274, 331
Дефицитарность, дефицит 114, 221, 239, 240, 499, 543
— материнской заботы 128
— состояние дефицита 114, 267, 657, 669—673
— фантазия 128, 319
Дефлорация 155, 567
Диагноз 147, 304, 559, 570
— взаимодействия 147
— неправильный 559
— и психологический тест 667—669
— самодиагноз 294, 307, 627
— семейный 617
Диалог, психоаналитический
— асимметрия 392
— аудиозапись и письменные записи 18, 42, 52—55
— внутренний диалог пациента 500, 529
— и гибкость 392
— идеальный тип 384
— исследование 388, 415
— личное местоимение 419
— монологи 228
— непонимание 538
— социальный класс 309, 310
— стиль 380
Дифференциация Я 213
Догматизм 143
Души и тела проблема 569, 570, 634, 635

— холизм 648, 649, 653

Естественность аналитика 33, 398, 443—454

Желание 543
— быть активным 281
— быть осмотрительным 456
— возмещение ущерба 277
— гомосексуальное 210, 504
— зависимости 234
— инфантильные 622—624
— инцестуальное 497, 498, 508, 562
— мягкости 81
— перверзии 192, 193
— принятия 100
— ребенка 81, 106, 409, 612
— слияния 95—97, 123
— смерти 693
— убить 693
— учиться 609, 610
— фаллическое 277
— эксгибиционистское 192, 459, 495
Жизни организация, невротическая 529

Заболевание 640—643
— инсайт 251
— понятие 378
— совладание с 267, 294, 635, 636, 654
— физическое 266, 570, 652
— функциональное 570
— ход 300
Забывание мгновенное 223
Зависимость
— алкогольная 306, 486, 502
— наркотическая 173
Зависть 80, 128
Замещающее удовлетворение 547
Зачатие
— предохранение 492, 566
— партеногенез 608, 701
— сексуальные отношения 82
— тревога (см. Тревога)
Защита 216
— альтруистическое поведение 605
— вытеснение (см. Вытеснение)
— депрессивная 242
— дистанция, дистанцирование 223, 248, 519
— избегание (см. Избегание)
— изоляция 669
— интеллектуализация 200
— механизм 32
— нарциссическая 251
— обращение против себя 354
— отведение 462
— отрицание (см. Отрицание)
— превращение из пассивной в активную 223, 242
— проективная идентификация (см. Идентификация)
— проекция (см. также Проекция) 322, 369
— против тревоги 317
— процесс 470, 478
— расщепление 197—199, 201—203, 284
— рационализация 402
— реактивное образование 234, 273, 387
— смещение (см. Смещение)
«Здесь-и-теперь» (см. также Перенос) 176, 221, 634
Здоровья страхование 282, 359—361
— заявление коллеги 360—362, 373—375
— заявление на покрытие 243, 307, 362, 363
— конфиденциальность 77, 378
— прогноз 359, 366
Зеркало
— метафора 130, 131, 182, 183, 191
— образ 187—191
— фаза 189, 190
Злоба 234, 240

Идеал
— послушания 115
— религиозные идеалы 705
— формирование 189
— Я (см. Я-идеал)
Идеализация 204, 337, 602
— деидеализация 394, 487, 539, 602—604
— и пренебрежение 394, 601
Идентификация 187, 365, 487, 564—566
— с агрессором 316, 474, 697
— амбивалентная 124, 481
— с аналитиком (см. также Аналитик) 129, 145, 582, 597, 712
— с братом 479
— взаимосвязанные роли 214
— интроекция 481

— комплементарная (дополнительная) 154
— контридентификация 199
— маскулинная 532
— с матерью 492
— научение у модели 165
— первичная 136, 624
— преследователь—жертва 482
— проективная и интроективная (см. также Защита) 197—199, 208—210, 513, 546
— и помогающий альянс 494, 598
— теория 129
— Я-расщепление 130
Идентичность
— кризис 337—339
— психоаналитическая 7
— развитие 131
— сексуальная 132
— смешение 511
— сопротивление 251—253
— фемининная 492
— чувство 34
Идеология 482, 490, 700
Избегание 123
Излечение 322
Изоляция (см. Защита)
Имаго
— идеализированные родители 189
Имитация (подражание) 187, 318, 564, 569
Импотенция 265, 459, 523, 618, 525, 669
— преждевременная эякуляция 507, 508
Инсайт 184, 487, 668, 686
— интеграция 683—685
— отражение 688, 689
— и припоминание 381
— терапевтический альянс 134
— и терапевтический успех 668, 698
— эмоциональный 668
Инстинкт (см. Влечение)
Интеграция 371, 684, 709
Интеллектуализация (см. Защита)
Интенциональность 212
Интеракционизм 187
Интервью 39, 301, 312, 319, 325—327, 340
— и семья, сеанс с участием семьи 340—341
— Тавистокская схема 49
— чрезвычайность 325
Интернализация 69, 129, 130, 247, 589, 657
Интерпретация 23, 50, 130, 491—498, 548, 579, 601
— базовая модельная техника 455
— валидизация 26, 49
— влечений теория 190
— влияние 31, 170, 271
— генетическая (см. Интерпретация, ретроспективная)
— защиты 307
— значения 217
— изменяющая (мутативная) 246, 369, 507
— инструмент власти 440
— интерпретации процесс 25
— истина 695
— кляйнианская 128, 129
— контекст происхождения 50, 133
— лингвистическая 415—426
— метафор 418
— негативный контрперенос 180
— неудачная 178, 179
— относящаяся к настоящему 65, 134, 203, 498, 568, 579
— поверхностность и глубина 219
— реакция пациента 491—493
— ретроспективная 65, 171, 195, 526, 527
— символов 425
— сопротивление (см. Сопротивление) 234—236
— в сослагательном наклонении 579
— теоретическая ориентация 63
— теоретические истоки 693, 694
— техника (см. Техника)
— участие пациента в ее возникновении 144
— фанатизм 217
Интерсубъективность 146, 148, 191, 208, 209, 213
— проективные процессы 211
Интимность 155, 414
Интроекция 214
Интроспекция (см. Инсайт)
— пациента 318
Инцест 87, 124, 512
— инцестуальное желание 498, 499, 509, 562
— отец—сын 507, 624, 625
— фантазия 133, 134, 624

— и формирование идентичности 624
Ипохондрия 264, 506, 529, 558, 560, 600, 622
Ирония аналитика 178—181
Исследование
— аффектов 19, 51, 299
— и лечение, неразрывная связь 19, 25, 26, 40
— междисциплинарное 25, 26, 415, 683
— отдельного случая 51, 52, 295, 617, 618, 630
— проверка гипотез 25, 26
— и третья сторона 57, 426
— хода лечения и результатов 29, 51, 60, 61, 548, 655, 656
Истерия 86, 265, 266, 495—497
— нарушение образа тела 563
— тревога 491—493, 561—563
Исход 100—102, 310—312, 655—659, 662, 663, 697

Кардионевроз 558
Кастрация 192, 284, 567, 625
— телесные дефекты 275
— тревога 192, 241, 492
Катарсис 298, 506, 513
— и травма 515
Классификация 550
Комплементарность 146
Компоненты Я 190
Конверсия 561, 569
— теория 296, 569
Конструкция (см. Интерпретация)
Консультация (см. также Сеттинг) 674—676
Контрперенос 121, 146—150, 165, 166, 621
— агрессивный (см. также Контрперенос, негативный) 173—178
— амбивалентность аналитика 714
— внутренний монолог 61
— зеркало 192
— ирония 178—182
— кастрации тревога у аналитика 579
— комплементарный (дополнительный) 154—158
— конкордантный (соответствующий) 150—154
— личные качества 62, 241
— любовь и ненависть 170
— нарушение 163, 214
— нарциссическое отражение 182—187, 191—197
— невербальная коммуникация 205
— негативный 178
— нейтральность 423
— ненависть и ярость 165, 175, 199
— проективная идентификация 215
— профессиональный 147
— равномерно распределенное внимание 394
— разделение с пациентом 33, 149, 165, 171, 174, 260, 442, 446
— религиозность 699—710
— ретроспективная фантазия 160
— сексуальные фантазии 206
— специфичный для профессии 467
— и стресс 149, 446
— супервизия 674
— тревога в 205
— холистическое понимание 208
— эмпатия 431, 501
— эротический 170—173
— Я-объект 187—192
Конфигуративный анализ сновидений 262
Конфиденциальность 77
Конфликт
— автономия 680
— мать—дочь 133, 527
— потенциал 151
— разрешение 430
— с руководством 318
— сепарация 481
Конфронтация 222, 242
Корреляция, психосоматическая и соматопсихическая 109, 110, 267, 626—631, 649—651
Креативность 528
Кризис
— суицидальный 175
Критика
— эпистемологическая 27
Кушетка 53, 60, 93, 198—200, 246, 387, 390, 459, 490, 580, 593
— и контакт взглядов 538

Лекарства
— предписание 179, 649
Лечение
— желание вылечиться 252

— интерпретация (см. Интерпретация)
— лечебные (терапевтические) факторы 28, 47, 75, 189, 614, 683, 697, 698
— отчет 19—21, 38, 42—44
— психология двух и трех персон 32, 128, 169, 432, 472
— техника (см. Техника)
— «триада минус один» 353
— цели (см. Цели)
Либидо
— инерция 235
Лингвистический
— интерпретации 415—417
Личности нарушение 195
Личность
— множественная 491
— навязчиво-депрессивная 117
— нарциссическая 497, 574—576
— психосоматическая 644
— шизоидная 200, 668—670
Логика
— объяснения в психоанализе 34
Любовь 93, 293
— к аналитику 113
— жажда любви 369
— и ненависть 170
— педофилия 329
— и способность работать 669
— фантазии о материнской любви 204
— фетишистская 350
Любопытство 76, 77, 179, 302
— сексуальное 81

Мазохизм 227, 354, 471, 487
— мазохистский характер 177
— менталитет жертвы 687—689
Манипуляция 85
Маскулинность
— автономия 508
— недостаток 506
Мастурбация 76, 117, 144, 184, 344, 509, 532, 562, 567, 622
Мать
— любовь к 234, 293
— фиксация 93, 492, 529
Мать—ребенок 31, 32, 191, 213, 214
— взаимодействие 31, 111, 115, 128, 492
— исследование 32, 209
— отношения 246
Менструальный цикл 110, 607
— аменорея 603
— гормональная регуляция 108
Метапсихология 25, 647
— экономические аспекты 561, 569, 641
Метафора 281, 403—405, 654, 673
— зеркала 183, 184, 191
— контейнера 214, 471
— примеры 238, 246, 253, 367, 405—407, 411, 412, 468, 546, 673
— психоаналитические аспекты 403—405
— психоаналитический диалог 403
Метод, психоаналитический 23—26, 31, 42, 61, 65
— идеализация 432
— плюралистическая методология 634
— и тело 648
— эмпатический—интроспективный 187
Мечтание наяву 117, 152, 211, 231, 254
— способность 214
Мифология 42, 164, 700
— архетипы 714
— и глубинная психология 711
— де- и ремифологизация 647, 700, 710, 711
— инстинктивная 647
— миф о Нарциссе 182, 187
Младенец (см. также Идентичность)
— психотическая основа 210, 360
— и сексуальная идентичность 492
Молчание
— как инструмент 439, 440
— интерпретация 439, 440
— обращение с 71, 346, 439, 440
— продуктивное 387
— хроническое (упорное) 228
— чувства растворения 153, 477
Монизм 25, 633, 641, 648, 649
Монологизирование 228, 229
Мы-связи 131, 199, 290, 339, 514

Навязчивость, навязчивый
— всемогущество идей 605
— идеи 355, 485, 684, 690
— невроз 132, 482—484, 703
— поведение 158, 487
— симптом 320, 482, 623
Наказание 91
— страх 186, 281

Нарушение, доэдипово 182—184, 197—215, 291—293, 318, 319, 351, 360, 405, 637—639, 642, 652
Нарциссизм 516, 609, 625, 647
— аналитика 455
— анальный—садистский 486
— личность 197, 574—576
— как метафора 482
— нарциссическая ярость 175, 579
— нарциссическое удовлетворение в диалоге 508
— первичный 187
— признание 190
Насилие, сексуальное (см. Соблазнение)
Настоящее
— аналитика 331
— пациента 258, 259, 448—450
Нацистская идеология 482
Начальное интервью (см. Интервью)
Неврастения 549
Невроз 29
— депрессивный 479
— истерический (см. Истерия)
— кардио- 558
— меняющаяся ситуация 365—367
— обсессивный (см. Навязчивость)
— трансферентный 41, 68—70, 352, 538
— тревоги 574
— характера 507
— этиология 34, 35
Негативизм 104—106, 111—113, 175, 242, 260
— негативная терапевтическая реакция (см. Реакция)
Независимость (см. Автономия)
Нейродермит 617—630
Нейрофизиология 26—28, 549
Нейтральность 184, 185, 197, 427—429, 436, 683
— и гибкость 437, 438
— непредвзятое отношение 436
— и ценности 429
Ненависть
— бессознательная 368
— матери 660
— перверзия (извращение) 201
— и чувство обиды 694
Непредубежденное отношение 434—436
Нервная анорексия 105, 173, 253, 471, 603
— аменорея 109
— вес тела 109
— голод 257, 605
— обжорство 473, 526
— ощущение тела 109, 256, 412
— потребность двигаться 606
Неспецифичность 296, 631—633
Неудовлетворенность 114
Неудовольствие 234—236
— анальная злоба 240
Новое начало 115, 380, 653
Нормальность 66, 220, 431, 644

Обзор случая 43—47
— «Дора» 20, 39
— «Катарина» 38, 310
— «Ричард» 44
— «Человек-Волк» 37—39
Обиды чувство (см. Эмоция)
Обмена процессы 213
Образ себя 190, 253, 267, 268
Общая почва 96
Общение
— записи 56
— невербальное 57, 205, 244, 383
— повседневное 310, 384, 389, 427
— проективная идентификация 208
Объект
— идентификация 486
— изменение 551
— константность 471
— первичный 194
— потеря 579, 584
— репрезентация 129, 510
Объективизация Я 54
Объектные отношения 209
— мать—ребенок, взаимодействие (см. Мать—ребенок, взаимодействие)
— психология 169, 190
Объяснение
— генетическое (см. также Реконструкция) 38, 605—607
— причинное 647, 648
— психоаналитическое 550
Овладение 74, 360, 651
— превращение из пассивного в активное 223, 242, 515
— теория 30, 33, 488, 506
— тревогой 520
Окончание, завершение 582—584, 603, 668
— деидеализация аналитика 540

— критерии 128, 129, 541, 542, 670, 671
— неудача терапии 104
— сеанса 397
— и способность к самоанализу 657
— структурные изменения 317, 664—666
Оно (см. Бессознательное)
— сопротивление 234—240
Описание клинических случаев 19—21, 34—37, 432, 482—491, 618
— психогенез 39
— реконструкция 37, 43
— систематическая 49
Оплакивание (см. Депрессия)
Оплата 222, 284, 362, 363, 542
— вклад пациента 282—284, 373
— терапевтический процесс 282, 283
— третьей стороной 359—361
Опыт
— корректирующий эмоциональный 77
— симптомов 684, 690
Оральность, оральный 157, 158, 605, 609
Оргазм 491, 493
— мастурбация 91, 344, 562
Органа неполноценность 296, 632
Особенности личные аналитика 241
Ответственность 442
Отвращение 568, 605, 629
Отдельный случай
— изучение 38, 295, 617, 630, 664—666
— исследование 52, 295
Отношения (см. Альянс)
— материнская грудь 127, 128, 508
— партнер (см. Партнерство)
— перенос (см. также Перенос) 66—68
— помогающий альянс (см. Альянс, помогающий)
— рабочий альянс (см. Рабочий альянс)
— эксцентрическая позиция 589
— эмоциональные 687, 688
Отражение
— диалогическое 188
— нарциссическое 182—187
Отреагирование 331
Отрицание, отвержение 232, 605, 607
— аффектов 222—228
— кастрации тревоги 516—522
Отчеты о сеансах (см. Протокол)
«Отыгрывание вовне» 359, 499
— новое начало 499
— «отыгрывание внутри» 501
— прекращение сеанса 201
— самоубийство (см. также Самоубийство) 102, 175
— сексуальное 510
— трансферентное 103, 205, 510
Ошибка 503, 538—540, 585, 599
— начинающего 103
— обычная 538

Паника (см. Тревога)
Параметр 455
Параноидная—шизоидная позиция 360
— пациента 215, 348, 449—451, 509, 510
— терапевта 467
Парапраксис
— мгновенное забывание 470
Партнерство 89
— развод 302
— сексуальные отношения 92
— супружеские конфликты 154, 277, 278, 284, 294, 354, 526
Пассивность (см. Активность и пассивность)
Пациента семья 352—354
— консультация 342, 343
— стресс 357—359
Педофилия 327, 329
— идентификационная любовь 337
Пениса желание, к пенису зависть 82, 132, 137, 665
— приравнивание ребенка к пенису 497
Перверзия (извращение) 198—200
— пубертат 511
— связывание 198—200
— транссексуальность 350
— феллацио 507
— фетишизм 340—342
Перевод 22
Переживание Я 182, 192
Перенос
— агрессивный (см. Перенос, негативный)
— амбивалентность 344

— аналитик как объект и как субъект 143
— аудиозаписи 460
— братья и сестры 122, 123, 479
— вклад аналитика 88, 443
— вторичный 311, 541
— гомосексуальный 509, 510, 533
— желания и их удовлетворение 82—84, 90, 102, 103, 511, 512
— желания растворения 95—97
— защита 105
— «здесь-и-теперь» 216, 469, 470
— идеализирующий 311, 658
— идентификация с аналитиком 134
— интенсификация 400
— искажение 513
— лечение переносом 74
— любовь 86, 87, 90, 92
— материнский 359, 494, 501
— наблюдение 373—375
— негативный 79, 104—106, 110, 503, 504, 676—678
— отец 497
— «отыгрывание вовне» 197, 509
— пациенты из низших классов 311
— побочные эффекты 32, 72, 79
— повторение (воспроизведение) 513, 516
— помогающий альянс 64, 68, 69
— психоз 205—207
— рабочий альянс 92, 538, 539
— разрешение 68, 540, 658
— расщепление 354, 523—525
— реальность 67
— реальные основания восприятия 76, 77, 89, 283, 451—453, 513
— самоуважение 33
— сильный позитивный 86—88, 531
— соперничество 125, 126, 510
— сопротивление (см. Сопротивление)
— сопротивление против 89, 117, 321, 352
— социальная концепция 67, 68
— спутанность 511, 512, 587
— травматизация 32, 442, 508—510
— умеренный позитивный 79—81, 600
— фантазия 166, 564, 626
— эротизированный 86—88, 90, 91, 100—102, 170—172, 205

Перерывы
— выстраивание мостов, подводящих к 178, 539—541, 543—546
— праздники рождественские 76—78, 272, 273, 328, 333, 370, 480, 550
— реакции 175, 543, 678
Переходные объекты 396
— потеря 330
— фетиш 350
Период, следующий за окончанием терапии 178, 499, 614, 631, 656
Плацебо 29, 556
Побочные эффекты
— коррекция 79
— переноса 32, 72
— прописывания (лекарств) 650
Поведение
— бихевиоральная терапия 556
— во вред себе 222
— изменение 255
Повторение
— навязчивое 30, 105, 130, 355, 487, 488, 629, 691
— травмы 506—508
Пограничная личность 204, 507, 639
Подростковый возраст 94, 234, 337, 489, 576
— жажда приобретения опыта 338
— самонаблюдение 338
Покрывающее воспоминание (см. Отсроченное действие)
Пол
— различия 8
— роль 34, 89, 133, 185, 606, 665
Понимание 25, 168, 401, 402
— и объяснение 196
Порочный круг 132, 138, 147, 208, 267, 277, 294, 347, 511, 624
— стереотип 38, 39
Потеря (см. Тревога и Объект)
Правила, психоаналитические 24, 32, 312, 379—381
— анонимность (см. Анонимность)
— воздержания (абстиненции) (см. Абстиненция)
— диалог 310, 389—391
— контрвопрос 398
— объективность 41, 432
— обоснования для 38, 39, 379
— равномерно распределенное внимание 394—396
— терапевтическое изменение 41

— фундаментальное правило (см. Фундаментальное правило)
Предрасположенность, эмоциональная 36, 267
Предсознательное 67
Представления о себе 254
Пренебрежение
— к аналитику 99, 178
Причинность 163, 569
— теория причинности 35, 631—634
Прогноз 241, 365, 561, 657, 665
Проекция (см. Идентификация проективная) 209—213, 220, 227, 242, 323, 367, 488, 573, 616, 626, 640, 709
— образ Бога 326—329, 638—640
Проработка 506—508
— как анализ сопротивления 246, 247
— навязчивого повторения 488, 489
— переноса (см. также Перенос) 374
— скорби 481, 482
— сопротивления (см. также Сопротивление) 541, 542
— сопротивления Сверх-Я 221
— и структурные изменения (см. также Структурные изменения) 436, 664
Протокол (см. также Аудиозапись) 42—44
— отчета схема 49
— память 42, 61—63, 395, 396
— ретроспективный 61, 394—396
— стенографированный 45
— Хэмпстедский индекс 48
Процесс, психоаналитический
— вклад аналитика 11
— исследование 60
— магнитофонная запись 52—64
— модель 454
— сновидения как показатель 653
Прояснение (см. также Техника) 280
Психиатрия 652
— биологическая 556
— психопатология конфликтов 294
Психоанализ
— демистификация 10
— конечный и бесконечный 437
— кризис 22
— мифология (см. Мифология)
— нетенденциозный 438
— отражающая наука 27
— как просвещение 10, 428
— и религия (см. Религия)
— социальные и культурные изменения 12, 86
— и тело (см. Тело)
— теория (см. также Теория) 9
— теория невроза 42
— и К.Г.Юнг 118
Психоаналитик
— анонимность 443—554
— как дополнительное Я 328, 714
— естественность 443—445, 541
— злоупотребление властью 440
— идентификация с (см. также Идентификация) 319, 657
— когнитивные процессы 273, 428, 434
— критика 689
— личное пространство 435—437, 448, 596
— нарциссизм 455
— непредвзятое отношение 434
— нормальность 431
— как объект и как субъект 129—132
— как объект переноса (трансферентный) 600—603
— как объект ярости 677
— отрицание 167
— реальный человек 601, 602
— участвующий наблюдатель 394
— эмпатия (см. Эмпатия)
— как Я-объект 196
Психоаналитическое образование 7—9, 658, 659
— аудиозаписи 53—55
— институты 21, 674
— кандидаты 21, 44, 445, 658, 659
— школы 446, 447
Психогенез 30, 36, 293—300, 364, 563
— подросткового возраста факторы 490
— причинность 19
— реконструкция 486
Психодинамический 147, 171, 179, 241, 244, 264, 351, 363, 364, 367, 629, 630, 635, 657
— гипотеза 51
— терапия 48
Психоз 617, 640
— параноидная тревога 32, 209, 628
— трансферентный 205

Психология, когнитивная 61
Психосексуальность 34, 87
— бессознательная фантазия 406
Психосоматический 632—634
— гипотеза о специфичности 36
— психосоматическая структура 636, 641, 643, 651
— теория 637
Психотерапия (см. Терапия)
— аналитическая, психодинамическая 336, 337, 612
— базовые правила 360
— заявление на оплату 244, 307, 364
— исследование (см. Исследование)
— поддерживающая экспрессивная 664
— психодинамическая 359
Пубертат (см. Подростковый возраст)

Рабочий альянс 64, 68—70, 92, 208, 621
— начальная фаза 349
— ошибки 538, 539
— принцип безопасности 330
Развития психология 337, 338, 360, 507
— женщины развитие 492
Разрядка 190, 403, 641, 663
Расщепление 128, 179—181, 487, 489, 650
Реактивное образование (см. Защита)
Реакция, негативная терапевтическая 197, 206, 207, 216, 217, 241, 369
Реальность 67, 431
— принцип 59, 701, 702
— проверка 131, 433, 646
— социокультурная 87, 385, 443, 444
— в терапевтической ситуации 443, 444
Ребенок
— зависимость ребенка 168, 290
— исследование младенца 128, 293—296
— травмирующее расставание 325
Регрессия 296, 623, 624, 628, 629, 637—639
— зависимость 189
— злокачественная 361
— оральная 157, 158
— психофизиологическая 638, 639
— на службе Я 172, 360, 361
— терапевтическое изменение 360
— Я 623, 624
Редупликация 643
Реконструкция (см. также Психогенез) 29, 482—484, 603—605, 698
— сновидения 515
Религия 647
— критика 699, 700, 714, 715
— образ Бога 485, 699
— психология 714, 715
— религиозное образование 94, 135, 278, 699
— религиозность 152, 699, 700
— смертный грех 535
Репарация 159, 160, 204, 600, 601
Ретроспектива терапии
— аналитиком 394
— пациентом 110—112, 590, 597, 598, 659—661, 671—673
— примеры из литературы 9, 45, 46
Ретроспективная атрибуция 28, 65, 158—165, 360, 639
Ретроспективное фантазирование 158—160, 639, 648
Роль
— дистанция 688, 689
— концепция 147, 443, 444
— многообразия 445
— небезопасность 452
— приписывание 129, 130, 167, 483

Садомазохизм 368, 511
Самоанализ 438, 481, 657
Самовосприятие 188
Самозаблуждение, сциентистское 26
Самокритика 71
Самонаказание 136, 184, 371
Самоопределение, сексуальное 87
Самоосуждение 98, 239
Самоотражение 132
Самооценка 173, 188, 191, 591—593
Самопожертвование 476
Самопризнание 190
Саморазрушение (деструкция) 176, 177, 235
Саморастворение 413
Самосознание 172, 188, 381, 429
Самосохранение 252, 413
Самоубийство (см. Суицид)

Самоуважение 560
Самоутверждение 252, 476
Сверхдетерминация 34, 144, 614
Сверх-Я 54, 136, 150, 158, 246, 247, 275, 284, 311, 316, 317, 369, 542, 670
— и нейтральность 431
— сопротивление 221
Сексуальность (см. также Психосексуальность) 70, 409, 596
— анальная 372, 568
— бисексуальность 133
— женская 93, 170, 491—493, 608
— инфантильная 563
— мужская 184, 185, 292, 622
— половой акт 494—496, 563, 564—566
— прегенитальные фантазии 142, 291, 292, 622
— транссексуализм 493
Семья
— встреча с 340
— невроз 616
— роман 484
— терапия 616—618
Сепарация 243, 342, 668—670
— боль от 277, 543
— правила лечения 78, 79
— реакция 501, 543
— тревога, сепарационная 576—587
Сеттинг (организация аналитической ситуации) 9, 91, 198, 439, 576
— аудиозаписи 52—54, 454—456
— кабинет терапевта 309, 315, 443, 446, 451
— консультация 168, 343, 360, 361, 488, 499
— кушетка (см. Кушетка)
— перенос сеанса 346, 467
— продолжительность (длительность), частота 150, 282, 370, 466—468
— пунктуальность 467
— расписание занятий 466—468
— телефонные звонки 104
Симбиоз 361, 479, 480, 612—614
Символ (см. также Метафора) 262, 404, 693, 702
— довербальный 296
— кастрационной тревоги 522
— приравнивание ребенка к пенису 496
Символизм (символизация) 137, 567, 634
— анальный 97, 98, 278, 279
— оральный 155
— способность к символизации 644
— уретральный, урофильный 406, 407
— фаллический 136
Симптом
— актуалгенез (реальный процесс происхождения) 158
— алкогольная зависимость 486
— аллергия 627
— генез (возникновение) 34, 35, 265, 266, 293, 615, 616
— гомосексуальность (см. Гомосексуальность)
— депрессивные симптомы (см. Депрессия)
— диаррея 550
— задержка эякуляции 344
— заикание 324, 356
— изменение и замена 369, 568, 604
— импотенция 459
— истерический (см. Истерия)
— исчезновение 600
— клептомания 612
— конфликт с авторитетами 318
— копролалия 278
— лень 239
— навязчивый (см. Навязчивость)
— нарушение способности работать 228, 234, 459, 605
— нарушения сердечной деятельности 549, 577, 578
— невротическая зависимость 353
— нервная одышка 550, 561
— неуверенность в себе 239, 264, 295
— неудовлетворенность 115, 242
— педофилия 325, 328
— повышенное давление (гипертония) 243
— преждевременная эякуляция 507, 508
— приступ рыданий 336
— проявление 298—300
— психогенное подсознательное состояние 313
— психосоматический 308
— рвота 606
— сновидение о 290
— сомнения в себе 418
— сон 611

— спастическая кривошея (см. Спастическая кривошея)
— теория 695—697
— тик 204, 299
— улучшение 328, 609, 610
— ухудшение (обострение, усиление) 73, 181, 194, 249, 376, 398
— фригидность 493
— функциональные изменения 31
— чувство неполноценности 275, 328
— чувство пустоты 305
— эквивалент тревоги 549, 550
— экзема 620
— энкопрес 203, 484
Ситуация, психоаналитическая 19, 62, 443
— реальность 430, 431
Сказки 519—521
Слияние 95, 414
Смена аналитика 241—243
Смерть
— болезнь, ведущая к смерти 253
— инстинкт, влечение к 645
— регрессивное желание 485
— фатальное заболевание 654
Смещение 351, 561, 563, 565, 607, 615
Смысл 30, 639, 648, 649, 654
— биография 427
— поиск 640, 648
— прояснение 170, 171, 655
— структуры 63, 296
Сновидения 488—491, 562
— дневной остаток 282
— идентификация 531
— изменения, вызываемые снами 667
— индикатор процесса 515
— интерпретация 261—263, 524
— исполнение желаний 120, 508
— исходные 291, 623
— конфигуративный анализ 263
— примеры 80, 81, 89, 90, 118, 154, 159, 186, 240, 268—270, 333, 493, 494, 500, 508, 510, 515, 523, 524, 530, 531, 533, 567, 594, 606, 610, 627
— реконструирование 508
— ряд 261, 267—290
— символы 286
— о симптоме 290, 291
— ситуативные изменяющиеся факторы 271
— трансферентные 280, 284, 509
— тревога 667
— явное и скрытое содержание 17, 261
— Я-репрезентация 261—263, 267—269
Соблазнение
— гомосексуальное 157
— эдипово 33, 514
Сознание (см. Сверх-Я)
Сообщество психоаналитическое 445, 446
Соперничество 249, 286, 463
— братьев—сестер 126, 162, 163
— матери—дочери 525—527
Сопротивление 216—219, 251—253
— актуалгенез 220, 352
— анализ 218, 222
— ассоциированию 269, 393
— вызванное аудиозаписью 456, 459
— и защита 216—218
— идентичности 252, 490
— изменению (см. Идентичность, сопротивление)
— интерпретация 218, 234—236
— негативная терапевтическая реакция 197, 206, 207, 219, 241, 369
— негативный перенос 79, 104, 105, 242
— Оно 234—236
— переносу 89, 117, 138, 217, 220, 273, 321, 541
— псевдопродуктивность 541
— рабочий альянс 326—328
— регуляторная функция во взаимоотношениях 112, 216, 220
— и религия 710
— и смена аналитика 217, 228—230, 251—253
— Сверх-Я 221, 246, 247
— трансферентное сопротивление 115—117, 217, 228, 242
— эмпатия 220
Социальный
— класс 309—311
— психология 187, 252, 572
— работник 323
Спасения фантазия 103
Спастическая кривошея 204—206, 263—266, 293—295
Специфичности гипотеза 35, 36, 295, 296, 614, 631—633, 644
Спонтанность 33, 443, 447, 539

Стагнация 241—243
Стандартная (классическая) техника 114, 131, 199, 309, 312, 322
Стандартное издание 22
Стенограммы (см. Протокол и Аудиозапись)
Стигматизация 133
Структура 483, 489
— депрессивная 365
— невротическая 360
— психосоматическая 312, 635, 636, 642—644, 651—653
— теория структурная 45
Структурные изменения 317, 373, 436, 664
Стыд 74, 85, 106, 295, 504, 595
— тревога из-за 93, 264, 343, 504
Сублимация 168
Суицид 103, 135, 175, 176, 202, 315, 474, 478, 487, 600
— мысли о совершении 235, 487, 532, 600
— угроза самоубийством 180, 323, 532, 533
— хроническое суицидальное состояние 173, 174, 355—357
— «юбилейные реакции» 478, 479
Супервизия 674—676
— аудиозаписи 54, 55, 59
Схема 38, 39
Сцена (см. Сценическая модель)
Сценическая модель 89, 147, 148, 446, 689—691
Счастье 490

Табу 587, 714
Тела движения
— нарушение 263, 264
Тела образ 158, 160, 182, 553, 561, 569, 607, 649
— дефект 263, 275
— и идентичность 132
— изможденного 253
— и образ зеркала 182
— и стигматизация 132, 664
— физическая целостность 267
Тело 553
— ощущение 109, 114, 649
— схема 571
— телесная терапия 296
— телесное Я 553, 651
— язык (см. также Язык) 58
Теология (см. Религия)
Теория
— действия 570
— конфликта 293
— кризис 19
— и мифология 646
— обоснование 49
— пациентов 294, 304—306, 627
— переноса 65
— психоанализа, объяснительная 26, 690
— психогенеза 28, 293
— ситуативные ускорения 302, 303
— схемы тела 569—571
— терапии 19, 23—25, 29, 30, 48, 360, 658
— этиологическая (см. также Этиология) 19, 277, 631
Терапия
— власть в 439
— инсайт 499
— лечебные факторы (см. Лечение)
— неудачная 104
— пробное действие 89, 447
— самолечение 493
— сценическая модель (см. Сценическая модель)
— телесная (см. Тело)
— теория овладения 494
— теория фрустрационной терапии 32, 494
— фармакотерапия (см. Фармакотерапия)
— цели (см. Цели)
— эмоционального переживания 499, 670—672
Техника, психоаналитическая 20, 43, 44, 131, 217, 322, 559
— базовая образцовая техника 114, 455
— безопасность 237
— и биография 427
— драматургическая 684, 685, 689, 690, 699
— интерпретация (см. Интерпретация)
— история 146, 147, 217, 218, 483
— критика 20
— модификации 322
— параметры 455
— пересмотр 29
— поддерживающая 73—75, 664
— и подростковый возраст 337—339
— подтверждение, признание 239, 457, 458, 559, 588—590, 595, 596, 598, 599

— помощь, поддержка 270, 271, 325, 326
— прояснение 280
— формулировки «якобы» 270, 271
— Я-психологическая 33, 191—193
Тик 204, 299
Травма 30, 170—172, 275, 482—484, 506—508, 509—511, 551, 582, 640, 651, 697
— рождения 361
— теория 30—32
Травматизация (см. Травма)
— защита 226
— кумулятивная 31, 484, 485, 697, 698
— начальная фаза 390—392
— овладение (преодоление) 30, 74, 170—172, 506, 513, 514
— перенос 32, 445
— теория 19
Тревога
— аннигиляции 485
— архаичная 183
— безобъектность 549, 559
— биологизация 355
— гомосексуальности 343, 369, 531
— и депрессия 554
— детская фобия 82
— дисморфофобия 159, 263, 277, 294, 571
— женская 491
— и защита 227
— изнасилования 492
— инстинктивная 559, 604—607
— ипохондрическая (см. также Ипохондрия) 73
— источник 520
— кастрации (см. также Кастрация и Символ) 193, 241, 492, 531
— кошмара 489, 562
— краснеть 70, 84
— критики 236
— наказания 187, 281
— нарушения 553
— невроз 491, 549, 574
— невротическая 548
— отвержения 95
— панический приступ 74, 90, 554
— параноидная (тревога преследования) 208, 627
— перед опасной ситуацией 551
— вызвать повреждения 142
— получить травму 281, 495
— потери 137, 274, 537
— потери контроля 249, 496, 538
— предваряющая 555
— преодоление 520
— раздробленности (фрагментарности) 188
— реалистичная 548
— религия 699
— родов 491, 568
— сексуальности 516, 523
— сепарации 576
— сигнал 552
— симптомы 132
— сойти с ума, психофобия 73, 305
— социальная 294
— и страх 557
— стыда 70, 93, 264, 344, 505
— теория 549
— тестирования 240
— техника лечения 554
— устанавливать контакты 172
— фобия полетов 613
— чрезвычайных ситуаций 552
— эквивалент 558
— экзистенциальная 554, 574

Уверенность в себе 177, 178, 190, 234, 247, 252, 271, 560
Удовлетворение 413
— нарциссическое 183, 509
— признание 95
— сексуальное 90
— эдипово и доэдипово 189, 547
Указание 263—265
— на адаптивность 173, 308, 322
— критерии 115
— селективное 308
— социальный класс 308, 309, 313
— эротизированный перенос 87, 88
Ульмский текст-банк 53
Упрек себе 600
Урофилия 406
Условия изменения 40, 43, 64, 199, 664
Установка (отношение) психоаналитика 32, 89
Уход, нарциссический 203
Учебный анализ 445

Факторы лечения 684, 698
Фаллицизм 232
Фантазия 165
— бессознательная (см. Бессознательное)
— величия 706

— гомосексуальная 513
— об объединении 118
— прегенитальная 144, 291, 622
— ранения 160, 281
— регрессивная 234
— сексуальная 171
— о спасении 104
Фармакотерапия 556, 600, 651
— контрперенос 121
— и психоанализ 556, 557
— психодинамические эффекты 121
Фемининность, первичная 492
Феноменология 165, 499, 551—553, 558, 652, 655
Фетиш 351
Фиксация 509, 510, 626, 627, 637—639, 642
Фобия (см. Тревога)
Фокус 9, 636, 654
— базовый конфликт 34
— фокусированная терапия 242, 293, 613
Формирование Я 191
Фригидность 492, 495
Фрустрация 650
— оптимальная 196
— теория 32, 33, 414, 493
Фундаментальное правило (см. Ассоциация, свободная)
Функциональное удовольствие 186

Характер
— анализ 217
— диагноз 365
— невроз 507
— панцирь 217, 294
— пассивный агрессивный 509
— сопротивление 217, 228, 251—260
Хороший сеанс 683—698
Хроничность 481

Цели 31, 108, 428, 429, 438, 466—468, 548, 663, 664
— развитие личности 363, 663
— способность любить и работать 669, 670
— жизни и лечения 664
Ценности
— непредубежденное отношение 434, 435
— политические 442
— психоаналитические 429, 430
— религиозные 699
— свобода и нейтральность 427—429
— и терапевтический успех 436

Чтение пациентом
— отчетов (психоаналитика) 373—375
— психоаналитической литературы 79, 400—402, 494
Чувство (см. Эмоция)
— неполноценности 76

Школы в психоанализе 32, 212
— трансферентный невроз 40

Эвристика, психоаналитическая 163
Эдипов конфликт, эдипов комплекс 34, 76, 93, 110, 173, 267, 498, 566, 604, 605, 681
Эквивалентность 640
Экономические аспекты (см. Метапсихология)
Эмоция (см. также Аффекты)
— безнадежность 479
— зависть (см. Зависть)
— любовь 93, 293, 328
— месть 686
— ненависть (см. Ненависть)
— нетерпение 241—243
— отвращение (см. Отвращение)
— отчаяние 478
— плач 117, 323, 332, 484, 604
— разочарование 234
— ревность 80, 128
— религиозное чувство 703
— смех 603
— сочувствие 165
— чувство обиды 32, 490, 503
— ярость 174, 552, 579
Эмпатия 166, 209, 415, 431, 589, 662
— и абстиненция 440
— в контрпереносе 191
Эпидемиология 28, 29
Эритрофобия 69, 84, 604
Эротизация (см. Перенос, эротизированный)
Этика 352
— конфиденциальность 3, 352
Этиология 24, 35, 36, 293—295, 619, 620, 630
— базовое нарушение 640
— ситуативные меняющиеся факторы 276, 630

Этология 285
Эффективность 24, 33, 186, 373, 514, 618, 636, 652, 664, 665

«Юбилейные реакции» 478—490

Я 31
— границы 215
— дополнительное 560, 561
— идеал 188, 200, 483, 604
— изменения (см. Структурные изменения)
— «истинное» и «ложное» 238, 446, 515, 583, 595
— компетентность 191
— образование 260
— расщепление 130, 169
— реальное и идеальное 182
— репрезентация 262—264, 275—277, 413—415
— синтетическая функция 488
— теория 382
Язык
— «действия язык» 209
— использование 689
— личный 154
— материнский 397
— пациента 201
— повседневный 384, 715
— приобретение 383
— и разговор 112
— стиль 645
— тела 205, 383, 652
— теории 403
— терапевтический 204, 209, 212, 405, 411, 652
— фигуральный 270, 405, 409
Я-объект 182—184, 187—189
— контрперенос 190—192
— межличностная теория 191
— отражение 188, 189
— перенос 189—191
— теория 33
Я-психология 182, 191—193, 252, 360
— злоупотребление властью 439, 440
— теория 196, 197

Содержание

Из предисловия ко 2-му тому английского издания 5
Введение 7
Индекс пациентов 13

1 ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ И СООБЩЕНИЯ О ХОДЕ ЛЕЧЕНИЯ. Перевод С.Аграчева и М.Аграчевой 19

1.1 Назад к Фрейду и путь в будущее 20
1.2 Описание клинических случаев 34
1.3 Сообщения о ходе лечения 42
1.4 Приближение к диалогу: магнитофонная и другие виды записи 52

2 ПЕРЕНОС И ОТНОШЕНИЯ. Перевод М.Аграчевой 64

2.1 Терапевтический альянс и невроз переноса 68
2.1.1 Стимулирование помогающего альянса 68
2.1.2 Поддержка и интерпретация 73
2.1.3 Общая почва и независимость 76
2.2 Позитивный и негативный перенос 79
2.2.1 Мягкий позитивный перенос 79
2.2.2 Сильный позитивный перенос 86
2.2.3 Желание слиться 95
2.2.4 Эротизированный перенос 100
2.2.5 Негативный перенос 104
2.3 Значение истории жизни 115
2.3.1 Вторичное открытие отца 115
2.3.2 Зависть к брату 122
2.4 Перенос и идентификация 129
2.4.1 Аналитик как объект и как субъект 129
2.4.2 Идентификация с функциями аналитика 132

3 КОНТРПЕРЕНОС. Перевод М.Аграчевой 146

3.1 Конкордантный контрперенос 150
3.2 Комплементарный контрперенос 154

3.3 Ретроспективная атрибуция и фантазирование 158
3.4 Работа по осознанию пациентом контрпереноса 165
3.4.1 Эротизированный контрперенос 170
3.4.2 Агрессивный контрперенос 173
3.5 Ирония 178
3.6 Нарциссическое отражение и Я-объект 182
3.6.1 Образ зеркала и Я-объект 187
3.6.2 Взгляд с точки зрения Я-психологии 191
3.7 Проективная идентификация 197
3.7.1 Случай первый 198
3.7.2 Случай второй 204
3.7.3 Заметки о проективной идентификации 208

4 СОПРОТИВЛЕНИЕ. Перевод М.Аграчевой 216

4.1 Отказ от чувств 222
4.2 Псевдоавтономия 228
4.3 Неудовольствие как сопротивление Оно 234
4.4 Стагнация и решение поменять аналитика 241
4.5 Близость и гомосексуальность 248
4.6 Сопротивление и принцип безопасности 251

5 ИНТЕРПРЕТАЦИЯ СНОВИДЕНИЙ. Перевод М.Аграчевой 261

5.1 Я-репрезентация в сновидениях 262
5.1.1 Дисморфофобия и спастическая ревматическая боль в шейных мускулах (torticollis) 263
5.2 Серия сновидений 267
5.2.1 Сновидение об инъекции 268
5.2.2 Сновидение о подъемном кране 273
5.2.3 Сновидение о починке автомобиля 277
5.2.4 Сновидение об агенте 280
5.2.5 Сновидение об ампутации 282
5.2.6 Сновидение об обезглавливании 284
5.3 Сновидение о симптоме 290
5.4 Размышления о психогенезе 293

6 ОТ НАЧАЛЬНОГО ИНТЕРВЬЮ К ТЕРАПИИ. Перевод И.Кадырова 301

6.1 Начальное интервью 301
6.2 Специфические проблемы 308
6.2.1 Социальный класс 309
6.2.2 Делинквентность 322
6.2.3 Подростковый период 337

6.3 Семья пациента ... 352
6.4 Оплата третьей стороной ... 359
6.5 Наблюдение и перенос ... 373

7 ПРАВИЛА. Перевод Е.Щербаковой ... 379

7.1 Диалог ... 380
7.2 Свободные ассоциации ... 387
7.3 Равномерно распределенное внимание ... 394
7.4 Вопросы и ответы ... 398
7.5 Метафоры ... 403
7.5.1 Психоаналитические аспекты ... 403
7.5.2 Лингвистические интерпретации ... 415
7.6 Свобода ценностей и нейтральность ... 427
7.7 Анонимность и естественность ... 443
7.8 Аудиомагнитофонные записи ... 454
7.8.1 Примеры ... 455
7.8.2 Контраргументы ... 464

8 СРЕДСТВА, ПУТИ И ЦЕЛИ. Перевод М.Арутюнян ... 466

8.1 Время и место ... 466
8.1.1 Расписание приемов ... 466
8.1.2 Воспоминание и удержание ... 471
8.1.3 «Юбилейные реакции» ... 478
8.2 Жизнь, болезнь и время: реконструкция трех историй ... 482
8.3 Интерпретации ... 491
8.4 «Отыгрывание вовне» ... 499
8.5 Проработка ... 506
8.5.1 Повторение травмы ... 506
8.5.2 Отрицание кастрационной тревоги ... 516
8.5.3 Расщепление переноса ... 523
8.5.4 Материнская фиксация ... 529
8.5.5 Обычные ошибки ... 538
8.6 Перерывы ... 543

9 ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС: ЛЕЧЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ. Перевод М.Арутюнян, С.Васина и А.Казанской ... 548

9.1 Тревога и невроз ... 549
9.2 История тревоги ... 561
9.2.1 Конверсия и образ тела ... 569
9.3 Невроз тревоги ... 574
9.3.1 Сепарационная тревога ... 576

9.3.2 Фаза окончания анализа 582
9.3.3 Самооценка и поддержка 591
9.4 Депрессия 600
9.5 Нервная анорексия 603
9.6 Нейродермит 617
9.7 Неспецифичность 631
9.8 Регрессия 637
9.9 Алекситимия 642
9.10 Тело и психоаналитический метод 648
9.11 Результаты 655
9.11.1 Ретроспекция пациентов 659
9.11.2 Изменения 664
9.11.3 Расставание (сепарация) 668

10 СПЕЦИАЛЬНЫЕ ТЕМЫ. Перевод М.Арутюнян и С.Васина 674
10.1 Консультация 674
10.2 Теоретические замечания о «хорошем сеансе» 683
10.3 Религиозность 699
10.3.1 Образ Бога как проекция 704
10.3.2 Аналитик на тонком льду теологии? 710

Библиография 717
Именной указатель 747
Предметный указатель 753

Двухтомник «Современный психоанализ»
(немецкое название: «Учебник психоаналитической терапии») дважды переиздавался по-немецки и по-английски, а кроме того, переведен на венгерский, испанский, итальянский, польский, португальский и чешский языки.
Готовятся переводы на литовский и румынский.

По вопросам приобретения звоните
тел. (095) 150-09-72, 150-04-16

Томэ Х., Кэхеле Х.

СОВРЕМЕННЫЙ ПСИХОАНАЛИЗ

ТОМ 2

Редактор *Е.И. Солдаткина*
Художник *В.А. Пузанков*
Художественный редактор *В.К. Кузнецов*
Технические редакторы *В.А. Юрченко, Е.В. Антонова*
Корректор *И.В. Леонтьева*

ИБ № 20146
ЛР № 060775 от 25.02.92. Подписано в печать 23.12.96.
Формат 60×90 1/16. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Усл.печ.л. 48,5. Усл.кр.-отт. 48,5. Уч.-изд.л. 53,32.
Тираж 10 000 экз. Заказ № 1031 С033. Изд.№ 49647

А/О Издательская группа «Прогресс»
119847, Москва, Зубовский бульвар, 17

Издательство Агентства «Яхтсмен»
125171, Москва, 4-й Войковский пр., 10

Можайский полиграфкомбинат Комитета
Российской Федерации по печати
143200, Можайск, ул. Мира, 93